Fachhochschule Neubrandenburg
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit
Studiengang Soziale Arbeit

Software-Einsatz im Sozialdienst des Krankenhauses

Rahmenbedingungen – Praxis - Lösungsversuch

Diplomarbeit
zur
Erlangung des akademischen Grades
„Diplom – Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin (FH)“

Vorgelegt von: Simone Kettler

Erstprüfer: Herr Prof. Kreidenweis
Zweitprüfer: Herr Prof. Dr. Schwab

Semester der Abgabe: 08.

Eingereicht am: 06.07.2005

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort I

Einleitung 1

1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen 2

2 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus 5

2.1 Krankenhauslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland 5

2.2 Gesetzliche Grundlagen und Regelungen des Kliniksozialdienstes 6

2.3 Finanzierung sozialer Arbeit im Krankenhaus 7

2.4 Aufgabenprofil des Sozialdienstes im Krankenhaus 8

2.5 Zielgruppe und Zugang zu den Leistungen 10

2.6 Besondere Anforderungen an den Kliniksozialarbeiter 11

2.7 Situationsanalyse des Arbeitsfeldes 12

2.7.1 Strukturelle Bedingungen **12**

2.7.1.1 Auf der horizontalen Ebene **13**

2.7.1.2 Auf der vertikalen Ebene (Autoritätshierarchie) **14**

2.7.2 Personelle Ausstattung **15**

2.7.3 Professionsschwierigkeiten **16**

2.7.3.1 Professionsinterne Schwierigkeiten **17**

2.7.3.2 Professionsexterne Barrieren **19**

2.7.3.3 Selbst- und Fremddarstellung Sozialer Arbeit im Krankenhaus **19**

2.7.4 Kooperationspartner im Krankenhaus **21**

2.7.4.1 Kooperation mit den Ärzten **22**

2.7.4.2 Kooperation mit dem Pflegepersonal **24**

2.7.4.3 Kooperationsformen **25**

2.7.4.4 Kooperationsprobleme **26**

2.7.4.5 Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit **28**

2.7.5 Kooperationspartner außerhalb des Krankenhauses **29**

3 Methoden der Krankenhaussozialarbeit 30

3.1 Die Soziale Beratung 32

3.2 Case Management 34

4 Soziale Arbeit im Krankenhaus im Hinblick auf die DRG-Problematik und instrumentellen Hilfen 37

5 Analyse einzelner Tätigkeiten der Sozialarbeiter im Krankenhaus 42

5.1 Beschreibung der DVSK-Standards 42

5.1.1 Anschlussrehabilitation **43**

5.1.2 Stationäre Hilfen bei Pflegebedürftigkeit **47**

5.2 Beschreibung des Ist-Zustandes in der Praxis 53

5.2.1 Einleitung einer Anschlussheilbehandlung (AHB) in der Praxis **54**

5.2.2 Suche nach einem Heimplatz für pflegebedürftigen Patienten **58**

5.3 Differenz zwischen DVSK-Standards und Praxisrealität 62

6 Funktionelle Erfordernisse an eine Software für den Krankenhaussozialdienst 66

6.1 Klientenverwaltung 67

6.2 Listengenerator 68

6.3 Adressensystem 68

6.4 Methodische Fallverwaltung (Case-Management) 69

6.5 Dokumentenerstellung 70

6.6 Arbeitsorganisation 70

6.6.1 Aufgaben- und Terminmanagement **70**

6.6.2 Übergabeprotokolle **71**

6.6.3.Benutzer-Oberfläche **71**

6.7 Elektronisches Mail-/Postsystem 72

6.8 Evaluation 74

6.9 Wissensdatenbank/Fachlexikon und Gesetzestexte 74

6.10 Interface (Schnittstelle) für KIS, INTRANET und INTERNET 75

6.10.1 Schnittstelle für KIS **76**

6.10.2 Schnittstelle für Intranet **79**

6.10.3 Schnittstelle für Internet 80
6.10.3.1 Diskussionsforen und Chat 81
6.10.3.2 Das Reha-Portal 83
6.11 Administration 85

7 Software-Beispiel: LEXsoft Sozialdienst 86

7.1 Geschichte der Entwicklung 86
7.2 Vorstellung der Software 87
7.2.1 Bildschirmaufbau 88
7.2.2 Patientenübersicht 88
7.2.3 Patientenstammblatt 89
7.2.4 Aktendeckblatt 91
7.2.5 Tätigkeitsdokumentation 92
7.2.6 Adresszuordnung 93
7.2.7 Korrespondenz 93
7.2.8 Adressverwaltung 94
7.2.9 Einstellungsmöglichkeiten 94
7.2.9.1 Mitarbeiterverwaltung 94
7.2.9.2 Vorlagen 95
7.2.9.3 Formularverzeichnis 96
7.2.9.4 Externe Programme 96
7.2.9.5 Eigene Adresse 97
7.2.9.6 Link-Verwaltung 97
7.2.9.7 Einstellungen zu/zur Patienten / Akte 97
7.2.10 Auswertung – Statisktik 98
7.2.11 Wiedervorlage-Funktion 99
7.2.12 Assistent für Vorlagenerstellung in Word 99
7.2.13 KV-Lex 99
7.3 Anwendung der Software am Beispiel eines Falls 101
7.3.1 Fallbeispiel 101
7.3.2 Fallbearbeitung anhand der Fachsoftware (Lexsoft Sozialdienst) 106
7.3.3 Persönliches Resümee 111
7.3.4 Beurteilung nach allgemeinen Qualitätskriterien 113

8 Software-Beurteilung anhand der Kriterien aus Kapitel 6 117

***8.1 Bewertungsraster*..... 117**

***8.2 Bewertung von Lexsoft Sozialdienst*..... 123**

9 Blick in die Zukunft..... 130

10 Schlussworte 135

11 Anhang..... 137

12 Literaturverzeichnis..... 146

VORWORT

In der vorliegenden Diplomarbeit beschäftige ich mich mit einer Frage, die auf den ersten Blick bei vielen Sozialarbeitern auf allgemeines Unverständnis trifft. Das Thema dieser Arbeit lautet: „Software-Einsatz im Sozialdienst des Krankenhauses“.
Ich wurde oft gefragt, worüber ich denn schreiben würde. Wenn ich dann meinen Titel nannte, bekam ich oft fragende Blicke zurück. Kaum jemand traute sich aber, mich nach Einzelheiten zu befragen. Manchmal schlug mir sogar eine Welle des Mitleids entgegen, obwohl ich immer betonte, dass ich dieses Thema freiwillig ausgewählt habe. Viele wollten mir abraten und schlugen mir andere Fragestellungen vor. Ich gebe zu, es gab mitunter auch Zeiten, wo ich es fast bereut habe, mich an diese Diplomarbeit herangewagt zu haben. Ich bin kein Computerfreak. Ich gehöre eher zu den Leuten, die den Computer und gängige Software souverän beherrschen. Einfache Veränderungen am Computerinnenleben (z.B. Einbau einer Festplatte) kann ich vornehmen, ohne zu verzweifeln. Die PC-Nutzung gehört für mich zum Alltag dazu, daher habe ich nie Berührungsängste mit dem Thema meiner Diplomarbeit gehabt. Trotzdem wollte ich nicht zu sehr in technische Details verfallen und die Möglichkeiten eines Software-Einsatzes einfach darstellen, so dass auch der potentielle Anwender versteht, worum es geht. Leider war die Literatur zum Thema Software-Einsatz im Kliniksozialdienst nicht wirklich ergiebig. Allerdings stärkte dies meinen Ehrgeiz um so mehr.
P. Mc Cartney hat mal gesagt: „In diesem Leben ist jeder mutig, der nicht aufgibt.“ Es gab Zeiten, da hätte ich gerne aufgegeben, doch ich bin mutiger gewesen.

Ich möchte nun erklären, wie ich zu diesem Thema gekommen bin, bevor ich in der Einleitung mein Vorgehen erläutere.
Zunächst zur Themenauswahl: Im Sommersemester 2004 absolvierte ich ein Praktikum im Sozialdienst des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums in Neubrandenburg. Das Arbeitsfeld der Kliniksozialarbeit ist mir zu diesem Zeitpunkt relativ fremd gewesen. Ich hatte vorher nur sehr vage Vorstellungen. Worauf ich mich da einließ, konnte ich nicht ahnen. Sicherlich gibt es kein eindeutiges Bild davon, was ausgebildete SozialpädagogenInnen/SozialarbeiterInnen tun, weil einfach die Vielfalt der Arbeitsfelder zu groß ist. „Wir SozialpädagogenInnen werden tatsächlich (fast) überall gebraucht.“[1] Die Facetten der Arbeitsformen und Methoden unterscheiden sich von Arbeitsgebiet zu Arbeitsgebiet. Das ist auch nichts Neues für mich gewesen. Ich hatte

[1] Herwig-Lempp 2000, S. 103ff.

aber nicht erwartet, dass ich solche persönlichen Schwierigkeiten mit der Kliniksozialarbeit bekommen würde. Ich habe einen von den Ärzten völlig abhängigen, willenlosen und desintegrierten Sozialdienst vorgefunden. Der Sozialarbeiter ist von allem ausgeschlossen, ein Alleinkämpfer, der seine Aufträge ohne Widerrede erfüllt.

Schaut man sich die Aufgabenempfehlungen der DVSK[2] (Deutschen Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus)* an, sieht man, dass die psychosoziale Arbeit einen besonders großen Teil der Kliniksozialarbeit ausmacht. Ich möchte nicht bestreiten, dass administrative Aufgaben damit hineinfließen. Trotzdem sind der sozialpädagogischen Tätigkeit im Krankenhaus „granitharte“ Grenzen gesetzt. Aus meiner persönlichen Erfahrung kann ich sagen, dass der Sozialarbeiter fast ausschließlich mit der Entlassungsorganisation von Patienten beschäftigt ist: Er stellt haufenweise Reha-Anträge und sucht Heimplätze. Daneben bleibt genau genommen nicht mehr genug Zeit, um psychosoziale Beratungen durchzuführen. Selbst ein stark engagierter Sozialarbeiter würde bei seinem stationsübergreifenden Dienst kaum persönlichen Kontakt zu einzelnen Kranken aufnehmen können. Für die Patienten ist der Soziale Dienst relativ anonym. Er wird ihnen nur bekannt, wenn die Ärzte oder das Pflegepersonal entscheiden, dass er ein Problem hat, dass nur ein Sozialarbeiter lösen kann.

Am meisten betroffen gemacht, hat mich die Tatsache, dass man als Sozialarbeiter im Krankenhaus keinerlei Anerkennung genießt und nicht als „Experte“ für psychosoziale Belange gesehen wird. Wenn mich in dieser Zeit ein Arzt gefragt hätte, ob ich gerade eine „Lehre zum Sozialarbeiter“ mache, wäre ich nicht verwundert gewesen.

Während meines Praktikums habe ich mich oft unterfordert in Bezug auf meine sozialarbeiterischen/-pädagogischen Fähigkeiten und überfordert aufgrund des ständigen Zeitdrucks gefühlt. Es ist mir unmöglich gewesen, meinen Anspruch an Professionalität gerecht zu werden. Ich wollte mich aus dieser Beklemmung befreien und suchte nach Möglichkeiten, die meine Arbeit im Sozialdienst erleichtern und verbessern könnten. Mein erster Gedanke war, dass man den Computer als Werkzeug vielmehr einsetzen müsste, um Zeit für psychosoziale Beratung zu gewinnen. Ich fand auf dem Computer eine ziemlich veraltete Version von Lexsoft Sozialdienst vor, die zwar existierte, aber nicht verwendet wurde. Mein Interesse wurde geweckt und die Idee für meine Diplomarbeit verfestigte sich. Ich wollte nun herausfinden, wie eine Software beschaffen sein muss, damit sie die Krankenhaussozialarbeit in ihrem täglichen Handeln unterstützt.

---

[2] Vgl. DVSK 2003c, S. 1ff.

* Die DVSK wurde 2003 in DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen) umbenannt.

Sicherlich fragt sich der Leser jetzt, warum ein so ausführliches Vorwort notwendig ist. Meiner Meinung nach, ist es notwendig, um dem Leser Einblick in den Entstehungsgedanken der Diplomarbeit zu geben und Schwierigkeiten der Umsetzung darzustellen.

An dieser Stelle möchte ich mich noch ganz herzlich bei meinem Bruder Thomas bedanken. Er war als ‚Retter in der Not' für mich da und stellte mir seine Festplatte zur Verfügung, als ‚großes Unheil' über meinen Rechner kam. Ich danke auch meiner Mutter und Oma dafür, dass sie mich in meinen schwierigen Phasen immer wieder aufgebaut und ‚getreten' haben.
Mein besonderer Dank gilt meinem Freund Sven mit seinem unerschütterlichen Glauben an mich, meiner Freundin Anja, die sich die Zeit nahm, mich bei den Korrekturarbeiten zu unterstützten und Herrn Prof. Kreidenweis, der mir hilfreich zur Seite stand und mich mit Hinweisen und Anregungen unterstützte.
Vielen Dank!

Im Rahmen des Vorwortes möchte ich auf dem Umstand aufmerksam machen, dass in dieser Diplomarbeit ausschließlich die männliche Form des Substantivs SozialarbeiterIn verwendet wird sowie die allgemeine Bezeichnung Sozialarbeiter anstelle des Berufstitels Diplom-Sozialarbeiter.

Bevor ich, Sie als Leser an das eigentliche Thema heranführe, möchte ich ihnen den Arbeitsalltag einer Kliniksozialarbeiterin, so wie ich ihn kennen gelernt habe, in leicht überspitzter Form anhand der Fantasiefigur Frau Ichhelfegern, nahe bringen:

Ein Arbeitsalltag der Sozialarbeiterin Frau Ichhelfegern im Jahr 2005

Es ist kurz vor halb acht. Ich stehe vor meinem Büro und schließe die Tür auf. Es ist dunkel in dem Zimmer, obwohl es draußen schon hell ist. Ich suche wie automatisch nach dem Lichtschalter. Das künstliche Neonröhrenlicht macht das Büro nicht gerade schöner. Die Luft ist stickig in diesem kleinen Kellerraum. Ich kämpfe mich zum Fenster vor und öffne es. Frische Luft strömt hinein. Ich atme tief durch, drehe mich zum Schreibtisch und sehe, dass das rote Lämpchen an meinem Telefon blinkt. Ich denke mir, dass schon jemand angerufen hat, während ich nicht da war.
Ich gehe zu meinem Kleiderschrank, um mich umzuziehen. Ich greife gerade nach meinem weißen Kittel, als das Telefon läutet. Ich schwinge mir den Kittel über die Schultern und greife nach dem Telefonhörer. Ich sage meinen üblichen Spruch: „Guten Tag, hier ist der Sozialdienst, Frau Ichhelfegern". Station 12 meldet sich am anderen Ende. Frau Meier, Herr Schimanski und Herr Schul% (Schultz oder Schuld) sollen eine AHB* bekommen. Klack...Hörer aufgelegt. Nachfrage sinnlos. Ich greife nach einem Stift und Notizzetteln, um alles aufzuschreiben. Ich denke mir, dass mit Herrn Schul% finde ich noch später heraus.

* Abkürzung für Anschlussheilbehandlung

Ich ziehe mir erst mal meinen Kittel richtig an und sehe nach, wer mich schon angerufen hat. Die Intensivstation hat es heute schon versucht. Ich will gerade zurückrufen, als das Telefon klingelt. Ich gehe ran. Sag' den üblichen Spruch. Intensivstation – ganz dringend – unbedingt sofort! Eine Eilbetreuung. Ich wechsele mir noch schnell die Schuhe. Schnappe mir mein Arbeitsbuch mit den angehefteten Notizzetteln und mein schnurloses Telefon. Ich nehme den Weg durch den Keller.
Eine Krankenschwester begrüßt mich kurz und fragt beiläufig, ob ich schön wüsste, die Station 4 hätte da noch was für mich. Vier Patienten. Ich sage: „Nein. Komme später mal vorbei." Ich mache mir eine Notiz und laufe weiter.
Mein Telefon klingelt. Ich verstehe nur „Schraaaab...Schraaaab...-----....." Der Empfang ist zu schlecht. Ich laufe schnell die nächsten Treppen hinauf. Die Krankenkasse X ist dran. Ruft an, weil ein Antrag nicht komplett als Fax bei ihnen angekommen ist. Ich sage, das ich es später noch mal faxe und mache mir eine Notiz. Derweilen lauf ich weiter zur Intensivstation. Man wartet schon auf mich. Der Arzt steht mit Angehörigen auf dem Flur. Er sagt: „Das ist Frau ‚Sowieso', die macht das jetzt mit Ihnen." Er geht einfach. Ich stehe da und weiß so gut wie nichts. Ich bitte die Angehörigen schon mal ins Besucherzimmer und suche den Arzt. Nicht zu finden. Ich frage die Krankenschwestern. Die meinen:"Eben war er noch da." Ich frage nach dem Patientennamen und nehme die Akte. Klebe das Patientenetikett in mein Arbeitsbuch und mache mir schnell noch ein paar Notizen: Junger Mann, schwerer Autounfall, Koma, wichtige medizinische Maßnahmen stehen an, deshalb soll eine Eilbetreuung angeregt werden. Gut. Soweit weiß ich jetzt Bescheid. Ich gehe zu den Angehörigen ins Besucherzimmer. Es sind die Eltern. Sie sind stark betroffen und fix und fertig mit den Nerven. Die Mutter weint. Der Vater redet kein Wort. Ich versuche ihnen alles zu erklären, doch es ist schwer, für die Eltern mir zu zuhören. Ich frage, ob sie bereit wären, die Betreuung für ihren Sohn zu übernehmen. Der Vater nickt, die Mutter weint. Ich notiere. Ich denke, an meine Info-Broschüren im Büro, die könnte ich ihnen jetzt noch geben. Ich sage:" Ich hole sie."
Ich laufe zurück zu meinem Büro. Schließe gerade die Tür auf, als in dem Moment mein Telefon wieder mal klingelt. Der Rententräger L gibt mir die Rehadaten für einen Patienten durch. Ich kritzele die Info schnell auf einen Notizzettel, schnappe mir eine Broschüre und renne zurück auf die Intensivstation. Ich überreiche die Broschüre und meine Telefonnummer für Nachfragen. Ich laufe ins Büro meiner Kollegin, um den Betreuungsantrag mit dem Hinweis, ärztliches Attest wird nachgereicht, zum Gericht zu faxen. Mein Telefon klingelt - Station 9. Ein Patient braucht unbedingt Kleidung. Seine rechtliche Berufsbetreuerin kümmert sich nicht darum, sei zu überlastet. Ich vermerke eine Notiz.
Gehe in mein Büro zurück, überfliege meine unerledigten Aufgaben von gestern im Kalender und mache mir gedanklich einen Abarbeitungsplan. Zuerst gehe ich jetzt die Stationen ab, bearbeite die neuen Fälle und sammle die ärztlichen Atteste ein. Ich nehme noch meine Formularmappe mit sämtlichen Anträgen mit und fahre mit dem Fahrstuhl hoch zu Station 12. Ich gehe ins Schwesternzimmer, sag': „Guten Tag." und suche die Patientenakten von Herrn Schimanski, Herrn Schultz (Schuld gibt es nicht.) und Frau Meier heraus. Ich klebe die Patientenettiketten in mein Arbeitsbuch und mache mir Notizen u.a. über Diagnose, Angehörige und Entlassungstermin. Schimanski und Schultz liegen in einem Zimmer. Ich führe nacheinander mit ihnen ein Gespräch. Ich kläre sie zur AHB auf und beantworte eilig alle Fragen. Herr Schimanski möchte gerne nach Plau am See und Herr Schultz will seine Frau mitnehmen. Ich vermerke die Sonderwünsche der Patienten. Ich suche den entsprechenden Antrag heraus und fülle ihn gemeinsam mit den Patienten aus. Noch eine Unterschrift – fertig! Den dazugehörigen Arztbogen lege ich in die Ablage auf Station. Ich mache noch einen Vermerk in die Patientenakte und auf den besonderen Wunsch der Station auch auf die Pinnwand im Schwesternzimmer. Ich suche in den Ablagefächern nach fertig geschriebenen Anträgen der Ärzte. Finde zwei und stecke sie in meine Formularmappe. Das Telefon klingelt. Schon wieder Station 9. Brauchen Kleidung für Patienten. Ich sage, ich komme gleich. Jetzt noch schnell zu Frau Meier ins Zimmer. Frau Meier weiß noch nicht, ob sie eine AHB will. Ich sage: „Ich komme morgen noch mal." und mache mir eine Notiz. Nun fix auf Station 9. Klebchen des Patienten ins Heft. Telefonnummer der Betreuerin wird aufgeschrieben. Ich würde jetzt gern mit ihr telefonieren, aber von meinem schnurlosen Handgerät aus kann ich nicht extern telefonieren und die Apparate auf Station sind mal wieder voll belegt. Es hilft nichts, das muß ich dann wohl vom Büro aus machen. Zu guter Letzt geht es noch auf Station 4. Ich lasse mir die vier Patienten geben. Zwei mal AHB und zwei Mal eine Pflegestufe. Ich klebe die Patientenettiketten wieder in mein Heft und schreibe alle notwendigen Daten aus der Patientenakte ab. Ich schaue auf die Uhr. Kurz nach elf. Gleich wird das Mittagessen für die Patienten ausgeteilt. Da will ich lieber nicht stören. Also, zurück ins Büro. Ich rufe die rechtliche Betreuerin an –Anrufbeantworter. Ich bitte um Rückruf. Es ist kurz vor Mittag und ich kümmere mich noch ein bisschen um den Schreibkram. Ich fülle Anträge vollständig aus und gehe zu meiner Kollegin ins Büro, um etwas zu kopieren und zu faxen. Ich faxe auch den einen Antrag an die Krankenkasse X noch mal. Zurück im Büro hefte ich alles in die entsprechenden Ordner. Meine Kollegin, die mit dem Faxgerät, ruft an und gibt durch, dass zwei Faxe für mich gekommen sind. Ich sage:" Ich hole sie später." Pause. Eine Tasse Kaffee tut jetzt gut. Zeit für die Cafeteria habe ich heute nicht.
Das Telefon klingelt. Der Chefarzt Böse ist dran, schreit mich an, was denn mit Patienten Beyer wäre.

Ich erinnere mich an keinen Beyer und suche in meinen handgeschriebenen Listen sowie im Arbeitsbuch. Kein Beyer. Der Chefarzt Böse wird noch wütender. Beyer sollte schon längst eine Betreuung haben, das sei schließlich seit einer Woche klar. Ich sage, dass da keine Meldung war, ich mich aber sofort kümmere. Das war es dann mit der Pause.
Ich laufe hoch auf die Station 3, dort soll Herr Beyer liegen und schnappe mir den Arzt „Ich weißvonnichts“:Mit Herrn Beyer war wohl was....Hhm....Na Klar, der sollte doch eine Betreuung kriegen. Hat ihnen keiner was gesagt. Seine Frau wollte die rechtliche Betreuung übernehmen.“ Nun gut, wieder das gleiche Spiel. Klebchen in das Arbeitsbuch und wichtige Informationen dazu schreiben. Das ärztliche Attest für die rechtliche Betreuung ist sogar schon geschrieben – wie vorbildhaft. Ich laufe zurück ins Büro und rufe die Ehefrau an. Irgendwie weiß sie wohl von nichts. Versuche ihr alles zu erklären und vereinbare, dass ich den Antrag zum Gericht schicke. Sie will dann morgen noch mal vorbeikommen. Ich faxe den Antrag wieder vom Büro meiner Kollegin aus. Nehme, die an mich adressierten Faxe und kopiere sie für die Patientenakten.
Mein Telefon klingelt die Betreuerin des Patienten von Station 9 ist dran. Sie hätte keine Zeit, um Kleidung zu bringen. Wir könnten uns schließlich darum kümmern. Ich sage ihr freundlich aber bestimmt, dass sie die rechtliche Betreuerin ist und verpflichtet sei, Kleidung für ihn zu organisieren. Ich gebe ihr noch den Tip mit der Kleiderkammer. Sie zeigt sich zufrieden und erklärt sich bereit bis morgen Kleidung zu besorgen und vorbeizubringen. Ich rufe auf Station 9 an und sage Bescheid.
Es ist schon nachmittags. Die Poststelle im Haus hat nur auf bis um drei Uhr. Ich mache jetzt erst mal meine Post und trage jeden einzelnen Brief in mein Postausgangsbuch ein. Ich bringe alles zur Poststelle.
Bevor ich nun noch auf Station 4 gehe, bereite ich alle Anträge schriftlich vor, um Zeit zu sparen. Ich erledige im Schnelldurchgang die zwei AHB’s und die zwei Anträge auf Pflegestufe. Zurück im Büro trage ich alle neuen AHB-Fälle in eine Liste ein. Die unvollständigen Anträge von heute kommen in eine Extramappe. Die Anträge auf Pflegestufe faxe ich noch schnell zur Pflegekasse. Langsam freue ich mich auf meinen Feierabend. Ich schreibe meine Aufgaben für morgen in den Kalender. Das Telefon klingelt. Krankenkasse Y kann den Entlassungstermin im Antrag nicht lesen. Ich suche den Patienten in meinem Arbeitsbuch und blätter hin und her und hin und her. Ich finde den Patienten. Entlassungstermin ist der 27. Juni.
Ich überprüfe meine Mappe mit den noch offenen Anträgen (bisher ohne Bescheid) und entdecke einen Antrag, der schon Wochen zurückliegt. Ich rufe den Kostenträger an und erfrage die Rehadaten. Schreibe alles auf die Kopie des Antrages und in meine AHB-Liste. Die Kopie des Antrages muss ins Archiv, weil der Patient schon lange entlassen ist. Ich lege sie daher in die Archivmappe. Mein Telefon klingelt. Station 11 möchte wissen, ob es schon einen Rehatermin für Frau Görs gibt. Wieder blätter ich in meinen Unterlagen nach. „Nein – noch kein Bescheid.“
Nachdem ich alles weggeordnet habe, mache ich Schluss für heute. Ich ziehe mich um, schließe das Fenster, mache das grelle Neonröhrenlicht aus, atme tief ein ...
Schließe die Tür ab und gehe nach Hause.

E i n l e i t u n g

Im Laufe meines Studiums der Sozialen Arbeit an der Fachhochschule Neubrandenburg gab es nur wenige Berührungspunkte mit dem Tätigkeitsbereich Kliniksozialarbeit. Die Sozialarbeit im Krankenhaus wird in der Lehre genauso „stiefmütterlich“ behandelt wie so oft in Praxis auch. Wie ich dennoch zum Thema gefunden habe, wurde bereits im Vorwort näher erläutert.

Nun möchte ich kurz das Anliegen und den Aufbau meiner Arbeit darlegen. In meiner Diplomarbeit geht es um die beiden im Titel genannten Elemente: „Sozialdienst des Krankenhauses“ und „Software-Einsatz“.
Im Vorwort kamen Einengungen und Beschneidungen des Kliniksozialdienstes schon teilweise zur Sprache. Diese Arbeit wurde mit dem Bestreben verfasst, diese problematischen Arbeitsbedingungen im Rahmen von Software-Lösungen positiv zu verändern, sodass die Klinische Sozialarbeit ihren Arbeitsauftrag professionell nachgehen kann. Eine geeignete Fachsoftware und die zusätzliche Nutzung von Medien, wie Internet und Intranet, könnten dazu beitragen, administrative Vorgänge zu erleichtern und die Kooperation zwischen den verschiedenen Professionen, mit denen die Kliniksozialarbeit zusammenarbeitet, zu fördern.
Nun zum Aufbau der Arbeit: In den ersten drei Kapiteln wird die Soziale Arbeit im Krankenhaus als Tätigkeitsfeld für Sozialarbeiter vorgestellt. Es wird versucht, ein realistisches Bild zu entwerfen. Ein Schwerpunkt liegt im Besonderen in der Beschreibung der Rahmenbedingungen, unter denen Kliniksozialarbeit stattfindet, weil diese einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitsgebietes haben. In der Fachliteratur treffen meist Wunschvorstellungen und Kritik an der Praxis aneinander. Auf die Widersprüche wird anschließend konkret hingewiesen. Nach der Beschreibung der Rahmenbedingungen ist es notwendig, die Methoden der professionellen Kliniksozialarbeit vorzustellen, um einen Eindruck von der fachlichen Arbeit zu bekommen.
Das vierte Kapitel versucht die Bedeutung der DRG’s (Diagnosis Related Groups) als Veränderung der Rahmenbedingungen insbesondere im Hinblick auf einen Software-Einsatz aufzugreifen. Damit sind bis zum 5. Kapitel alle wichtigen Hintergrundinformationen zu dem Thema Klinische Sozialarbeit dargelegt, sodass der „Software-Einsatz“ im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht. Es

werden beispielhaft zwei Tätigkeiten der Kliniksozialarbeit nach den festgelegten Qualitätsstandards der DVSG (alt: DVSK) und nach dem, während des Praktikums, beobachteten Ist-Zustands analysiert und miteinander verglichen. Dies soll dazu beitragen, Schwachstellen in der Arbeitsweise herauszufiltern und unter dem Aspekt eines Software-Einsatzes zu verbessern.
Die Erkenntnisse der vorangegangenen Kapitel münden im darauffolgenden 6. Teil in einem Funktionsprofil einer idealen Software für die Klinische Sozialarbeit.
Auf dem Software-Markt in Deutschland gibt es momentan ein Programm, das speziell auf den Sozialdienst im Krankenhaus zugeschnitten ist. Diese Software mit dem Namen *Lexsoft Sozialdienst* wird im 7. Kapitel ausführlich vorgestellt und abschließend mit dem Funktionsprofil aus Kapitel 6 gegenübergestellt sowie bewertet.
Ein letztes Kapitel soll auf zukünftige Entwicklungschancen in Bezug auf eine spezielle Software für den Sozialdienst im Krankenhaus hinweisen und einen Ausblick auf einen Arbeitstag von Frau Ichhelfegern im Jahr 2015 geben.

1 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Klinische Sozialarbeit hat ihre Wurzeln in der Armen- und Krankenfürsorge. Schon 1896 besuchte die Berliner Mädchen- und Frauengruppe ehrenamtlich Patienten in der Charité (dem Berliner Universitätskrankenhaus).[3] Alice Salomon brachte die Idee der Krankenhaussozialarbeit 1914 durch die Gründung des „Komitees für Soziale Krankenhausfürsorge“ in die Öffentlichkeit.[4] Dadurch setzte sie erste Impulse zur Entwicklung einer professionellen sozialen Krankenhausfürsorge. Neben Alice Salomon sind vor allem Hedwig Landsberg und Anni Tüllmann die prägenden Pioniere in der Sozialarbeit im Krankenhaus. Sie gründeten 1918 den „Verein Soziale Krankenhausfürsorge der Berliner Universitätskliniken außerhalb der Charité e.V.“ (Verein SKF) und setzten sich für die Krankenhaussozialarbeit über Berlin hinaus ein.[5]

[3] Vgl.Reinicke 2001, S. 15
[4] Vgl. Ebenda, S. 15
[5] Vgl. Ebenda, S. 15

Heutzutage gehört die Sozialarbeit neben Medizin und Pflege als „[...] professionelle Dienstleistung im Wirtschaftsunternehmen Krankenhaus [...]“[6] zur ganzheitlichen Behandlung der Patienten dazu. Laut Ansen sind ca. 10% aller Sozialarbeiter in unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Psychiatrische Kliniken, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen usw.) tätig.[7]

Lange Zeit bezeichnete man die Sozialarbeit im Krankenhaus als *Sozialdienst im Krankenhaus*. Dieser Begriff ist nach Kurlemann nicht mehr zeitgemäß, da die Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Patient nicht mit der Analogie des „sozialen Dienens“ verbunden werden sollte.[8] Als Alternative schlägt er stattdessen vor, Bezeichnungen wie Sozialberatung, Sozialarbeit am Klinikum, Patientenberatung, Psychosozialer Beratungsdienst usw. zu verwenden.[9] Bislang gibt es für die Sozialarbeit im Krankenhaus keinen einheitlichen Begriff. In der Praxis wird die Sozialarbeit im Rahmen des Krankenhauses inzwischen von vielen Kliniken und Gremien (u.a. Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst) als Klinische Sozialarbeit bezeichnet.[10] Trotz der Einwände Kurlemanns ist der Begriff „Sozialdienst“ im Berufsalltag noch sehr gebräuchlich. Sogar die Kliniksozialarbeiter benutzen diesen Ausdruck noch, um sich in der Öffentlichkeit zu präsentieren. Daran erkennt man, dass sich die neue Bezeichnung noch nicht durchgesetzt hat. In der Diplomarbeit werden daher beide Begrifflichkeiten neben „Sozialarbeit im Krankenhaus“ gleichrangig verwendet.

An dieser Stelle ist eine Definition des Begriffs Klinische Sozialarbeit nötig. Wendt bezeichnet Klinische Sozialarbeit als Arbeit am Menschen mit dem Ziel psychosoziale Störungen durch professionelle Soziale Arbeit zu heilen, zu lindern oder zu bessern.[11]

Die Klinische Sozialarbeit bzw. „Clinical Social Work“ (in Anlehnung an die amerikanische Bezeichnung) ist eine Spezialisierung innerhalb der Sozialen Arbeit. Die Clinical Social Work hat ihren Ursprung in den 20er Jahren der USA. Damals

[6] Kurlemann 2003, S. 2
[7] Vgl. Ansen 2004, S. 13
[8] Vgl. Kurlemann 2003, S. 4
[9] Vgl. Ebenda, S. 4
[10] Vgl. Ebenda, S.4
[11] Vgl. Wendt 1999, S.18ff.

Damals wurde gerade die Case-Work-Methode entwickelt, die noch heute das professionelle Handeln in der Klinischen Sozialarbeit prägt.
Seit 1978 ist die Clinical Social Work als eine eigene spezialisierte Profession in den USA anerkannt.[12]
In Deutschland existiert Soziale Arbeit im klinischen Bereich ebenfalls schon sehr lange, doch die Bezeichnung Klinische Sozialarbeit ist neu. Mit diesem Begriff verweist man auf ein Expertentum neben der heutigen somatisch spezialisierten Medizin. Der Mensch als soziales Wesen wird mit seinen Krankheiten ganzheitlich wahrgenommen. Dadurch wird die fast ausschließlich somatisch ausgerichtete Medizin vor Engstirnigkeit bewahrt und durch soziale Aspekte erweitert.[13]
„Klinische Sozialarbeit richtet sich an Menschen in außergewöhnlichen Lebenslagen wie Krankheit, Behinderung oder anderen erheblichen psychosozialen Beeinträchtigungen.“[14] Sie wird zuständig, wenn die Erkrankung zu Komplikationen und sozialen Problemen führen, die den Patienten stark beeinträchtigen und belasten. Dies ist meist bei chronischen Erkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Tumorerkrankungen und Stoffwechselerkrankungen der Fall.[15]

Klinische Sozialarbeit findet im Kontext des Krankenhauses statt. Sie ist daher, wie alle anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, den Zielen der Institution Krankenhaus verpflichtet.[16] Die Frage, ob Soziale Arbeit im Krankenhaus ein Gesundheitsberuf ist, lässt sich nur so beantworten: Die medizinische Fachliteratur bezeichnet die Soziale Arbeit als Semi-Profession, schätzt deshalb die akademischen Abschlüsse wie Fachhochschuldiplom kaum und ordnet sie dem Gesundheitswesen unter. Faktisch bedeutet dies: Soziale Arbeit ist ein Gesundheitsberuf. Dieser Unterordnung liegen Dominanzansprüche der Mediziner zugrunde. Dennoch zeigt die Geschichte, dass Soziale Arbeit eben kein Gesundheitsberuf sein kann.[17] Gesundheitsberufe sind vor allem im Zusammenhang mit Krankenhäusern entstanden. Klinische Sozialarbeit hingegen hat sich außerhalb der Krankenhäuser aufgrund der Armenfürsorge gebildet und gehört deshalb in den Kontext des Sozialwesens.

---

[12] Vgl. Pauls 2005, S.2
[13] Vgl. Ebenda, S.1
[14] DVSK 2003b, S. 2
[15] Vgl. Ansen 2004, S. 13
[16] Vgl. Kurlemann 2003, S. 2
[17] Vgl. Hey 2000, S. 22ff.

2 Rahmenbedingungen Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Kliniksozialarbeit ist in das Gesundheitswesen eingebettet und muss sich daher den dort geltenden Bedingungen und institutionellen Vorgaben unterordnen. Die Krankenhäuser beeinflussen durch ihre gesetzlich geregelten Aufträge und ihre Bedeutung besonders die Sozialarbeit. Deshalb erscheint es sinnvoll, zum besseren Verständnis des Arbeitsbereiches, einen strukturellen Überblick zu geben.

2.1 Krankenhauslandschaft in der Bundesrepublik Deutschland

Laut § 107 SGB V sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten erkannt, geheilt, ihre Verschlimmerung verhütet und Geburtshilfe geleistet werden soll. Kurz gesagt: „Krankenhäuser sind Orte mit zentraler und spezialisierter ärztlicher und pflegerischer Betreuung.“[18] Durch sie soll eine kostengünstige und effiziente Behandlung sichergestellt werden.

In der Literatur lassen sich mehrere Einteilungs- und Klassifikationsschemata für Krankenhäuser herauslesen.[19]

Das SGB V unterscheidet z.B. bei der stationären Versorgung zwischen Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Demgegenüber steht die Einteilung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz. Dort differenziert man Krankenhäuser in Krankenhäuser der Grundversorgung, der Regelversorgung, der Schwerpunkt- und der Zentralversorgung sowie in Fachkrankenhäuser und Kliniken.[20]

[18] Ansen 2004, S. 22
[19] Vgl. Christmann 1996, S. 12f.
[20] Vgl. Ansen 2004, S. 22

Eine Übersicht über die jeweiligen Krankenhaustypen liefert die nachfolgende Grafik:

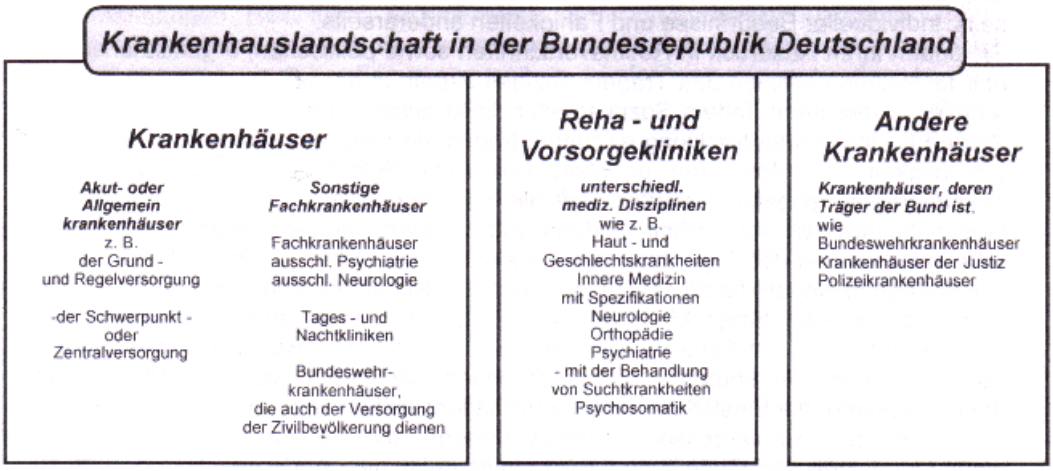


Abbildung 1 Krankenhauslandschaft in der BRD

(Quelle: M. Schommers: Sozialarbeit im Akutkrankenhaus des somatischen Versorgungsbereiches unter dem Gesichtspunkt der Professionalisierung. Diplomarbeit. KFH Aachen)

Die organisatorische Einbindung der Krankenhaussozialarbeit wird durch die Binnenstruktur (Trägerschaft, Funktionsbereiche) der jeweiligen Klinik bestimmt.[21]

2.2 Gesetzliche Grundlagen und Regelungen des Kliniksozialdienstes

Gesetzlich verankert ist der Sozialdienst im Krankenhaus im § 112 Abs. 2 Nr. 4 und 5 SGB V. Dort sind die soziale Betreuung und Beratung des Versicherten und der nahtlose Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege geregelt. § 112 Abs. 1 SGB V legt fest, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge abschließen sollen, um die gesetzlich beschlossene Krankenhausbehandlung zu gewährleisten.

Das SGB V als bundesweites und länderübergreifendes Gesetz liefert nur ein Grundgerüst, dass durch die jeweiligen Landeskrankenhausgesetze (LKHG) konkretisiert wird.

[21] Vgl. Ansen 2004, S. 13

Das Landeskrankenhausgesetz von Mecklenburg-Vorpommern versucht im § 11 Abs. 1 LKHG MV die Kerngedanken des SGB V aufzunehmen und bestimmt, dass Krankenhäuser eine soziale Beratung und Betreuung der Patienten durch geeignete Fachkräfte sicherstellen müssen. Doch was „geeignete Fachkräfte“ sind, ist diesem Gesetz leider nicht zu entnehmen.
Die gesetzlichen Regelungen im SGB V und im LKHG MV bleiben sehr unkonkret und allgemein. Es werden nur allgemeine Aussagen über den Klinik-sozialdienst getroffen. Eine Ausnahme ist der § 11 Abs. 2 LKHG MV, der die Aufgabe des Sozialdienstes genauer beschreibt. Im Gegensatz dazu werden zur Organisation des Sozialdienstes im Krankenhaus keine Vorgaben gemacht, sodass die Gestaltung des Sozialdienstes den Krankenhäusern obliegt. Durch die ungenaue Formulierung des LKHG MV erhalten die Krankenhäuser einen großen Spielraum bei der Umsetzung der Regelungen.
Vergleicht man alle Landeskrankenhausgesetze miteinander, so zeigt sich diese Tendenz bestätigt. Die Regelungen sind vom Umfang her sehr unterschiedlich und weisen kaum einheitliche Definitionen auf. Die Qualifikation der „Fachkräfte“ ist in der Regel nicht festgelegt.[22]

2.3 Finanzierung sozialer Arbeit im Krankenhaus

Die nachfolgenden Erklärungen beruhen auf Ausführungen von Ansen.[23] Die Kosten der Krankenhausbehandlung werden durch Pflegesätze bzw. Behandlungspauschalen gedeckt, dabei bleiben die Leistungen des Sozialdienstes außen vor. Sie werden nicht eigenständig abgerechnet. Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland beruht auf dem dualistischen Prinzip. Der Staat finanziert die Krankenhausinvestitionen (Krankenhausbau, Erstausstattung, Neuanschaffung von Anlagegütern). Die laufenden Betriebskosten, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung stehen, werden von den Krankenkassen übernommen. Seit Anfang 2004 erhalten die Krankenhäuser diagnosebezogene Fallpauschalen (DRG’s) für ihre Leistungen. Dadurch werden nur noch die durchschnittlichen Kosten eines Behandlungsfalles vergütet. Die DRG’s sollen mehr Transparenz schaffen und die Kosten reduzieren. Die Folgen der DRG’s lassen

[22] Vgl. Ansen 2004, S. 51ff.
[23] Vgl. Ebenda, S. 53ff.

sich noch nicht genau abschätzen. Eine Verkürzung der Verweildauer der Patienten ist jetzt schon eine deutliche Konsequenz. Durch kürzere Gesamtabläufe erhofft man sich einen größeren Durchfluss von Patienten und somit mehr Einnahmen. Was das für die soziale Arbeit bedeuten könnte, soll an späterer Stelle diskutiert werden.

2.4 Aufgabenprofil des Sozialdienstes im Krankenhaus

Durch das SGB V sind Krankenhäuser zur persönlichen, sozialen Beratung und Begleitung der Patienten verpflichtet. Die Kliniksozialarbeit übernimmt und erfüllt diese Aufgabe als Bestandteil des multiprofessionellen Teams und würdigt dadurch den Gesamtbehandlungsauftrag der Klinik. Leider wird dieser Anspruch in der Praxis nicht durchweg umgesetzt

Laut Definition ist die Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus „ [...] ein gleichberechtigtes Spezialgebiet neben dem medizinischen und pflegerischen Bereich innerhalb eines Krankenhauses, in dem der Sozialarbeiter für die persönlichen, wirtschaftlichen, familiären und gesellschaftlichen Probleme in ihrer Bedeutung für die Krankheit und in ihren Auswirkungen auf das Leben des Patienten und seine Umwelt zuständig ist.“[24] Das gleichberechtigte Nebeneinander existiert eher in der Theorie als in seiner realen Verwirklichung (siehe dazu Kapitel 2.7.1).

Das LKHG MV (§ 11 Abs. 2 LKHG MV) bestimmt als Aufgabe des Sozialdienstes: „Patienten auf deren Wunsch in sozialen Fragen zu beraten und ihnen persönliche Hilfe anzubieten und zu gewähren, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, bei der Nachsorge und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen [...]“.

[24] Staub 1986, S. 259

Die Leistungen des Sozialdienstes unterteilen sich in fünf große Leistungsgruppen, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 1 Leistungen des Sozialdienstes

Leistungsgruppe	Hilfen	Beispiele
Psychosoziale Intervention	Hilfen bei der Krankheits-/ Lebensbewältigung	▪ Akzeptanzprobleme von Diagnosen ▪ Suizid ▪ Gewalterfahrung
	Hilfen bei Problemen mit dem Umfeld	▪ soziale Ausgrenzung ▪ Probleme am Arbeitsplatz ▪ Unstimmigkeiten mit Nachbarn
	Hilfen bei Problemen in der Familie / Beziehung	▪ Trennung, Scheidung ▪ Tod eines Familienangehörigen
	Hilfen bei existenziellen Ängsten aufgrund wirtschaftlicher Notlagen	▪ Verlust der Wohnung ▪ Verlust des Arbeitsplatzes ▪ Armut
Soziale Interventionen	Soziale Sicherung	▪ Unterbringung unversorgter Angehöriger ▪ Betreuung ▪ Hilfen bei Wohnungslosigkeit
Wirtschaftliche Interventionen	Wirtschaftliche Sicherung	▪ Rentenleistungen ▪ BSHG-Leistungen ▪ Schwerbehindertengesetz
Nachsorge	Ambulante Nachsorge	▪ Häusliche Krankenpflege ▪ Essen-auf-Rädern ▪ Hilfsmittel
	Stationäre Nachsorge	▪ Pflegeheimunterbringung ▪ Kurzzeitpflege ▪ Hospizunterbringung
Rehabilitation	Medizinische Rehabilitation	▪ AHB ▪ Geriatrische Reha ▪ Früh-Reha
	Berufliche Rehabilitation	▪ Wiedereingliederung ▪ Berufliche Anpassung ▪ Berufsfindung

(Quelle: nach DVSK (Hrsg.): Übersicht der Leistungen des Sozialdienstes. Mainz 2003c.)

Die Tabelle zeigt deutlich, dass psychosoziale Interventionen einen großen Stellenwert in der Kliniksozialarbeit einnehmen. Der Mensch mit seinem psychosozialen Umfeld soll im Mittelpunkt der Beratung steht.

2.5 Zielgruppe und Zugang zu den Leistungen

Zur Zielgruppe der Sozialarbeit im Krankenhaus gehören Patienten und deren Angehörige, die Beratung, Unterstützung und Betreuung im Rahmen des Behandlungs- und Bewältigungsprozesses der Erkrankung bedürfen.[25]
Beispiele sind:

- Chronisch Kranke
- Alte und pflegebedürftige Patienten
- Onkologische Patienten
- Mehrfachbehinderte
- Psychisch und psychisch-somatisch Kranke
- Suchtkranke
- Suizidanten
- Patienten aus schwierigen Notlagen (z.B. Wohnungslose)
- Unfallverletzte mit erheblichen Unfallfolgen
- Angehörige

In einer empirischen Studie[26] wurde der Hilfe- und Betreuungsbedarf der Patienten untersucht. Dabei zeigte sich, dass 90 % der befragten Patienten den Kontakt zum Sozialdienst als wichtig bis sehr wichtig erachteten. 88 % der Befragten gaben an, dass sie die Gespräche hilfreich fanden. Es wird deutlich, dass die Leistungen des Sozialdienstes bei den Patienten auf großes Interesse stoßen.
Kurlemann kommt zu dem Ergebnis, dass insgesamt vier unterschiedliche Zugänge zur Kliniksozialarbeit unterschieden werden können.[27]

Sie wird aktiv:

- Auf Wunsch des Patienten
- Durch Anregung von Angehörigen
- Durch Vermittlung des Klinikpersonals
- Durch andere soziale Institutionen von draußen

[25] Vgl. Schwarzer 2002, S. 448ff.
[26] Vgl. Ansen 2004, S. 39
[27] Vgl. Kurlemann 2003, S. 16

2.6 Anforderungen an den Kliniksozialarbeiter

Kliniksozialarbeit heißt heute: „schneller, höher, weiter“.[28] Die Fallzahlen werden immer größer und unter den DRG’s wächst der Rentabilitätsdruck, sodass das „Heute gemeldet – morgen verlegt - Prinzip“[29] die Normalität der Sozialdiensttätigkeit im Krankenhaus beschreibt. Die Krankenhaussozialarbeit wird zur Nahtstelle zwischen Klinik und Nachsorge und mehr und mehr danach beurteilt, wie schnell sie diese Aufgabe löst. Das Krankenhaus entwickelt sich von der Versorgungseinrichtung hin zu einem Gesundheitsunternehmen und die „schwache“ Kliniksozialarbeit steht inmitten dieses Konfliktfeldes.

Ein Sozialarbeiter im Krankenhaus wird mit einer besonderen Arbeitsbelastung konfrontiert. Die Verweildauer der Patienten ist nur kurz und unterliegt einer hohen Fluktuation. Dadurch ist der Kliniksozialarbeiter stark an Termine gebunden. Es wird von ihm erwartet, dass er rasch Entlassungen vorbereitet. Er ist daher gezwungen sich kurzfristig an die Arbeitsumstände anzupassen und schnell zu reagieren. Außerdem wird vom Sozialdienst eine ständige Präsens verlangt, wenn nach ihm gerufen wird, so muss er sofort bereit und handlungsfähig sein. Darüber hinaus muss er permanent seine sozialarbeiterische Kenntnisse gegenüber den anderen Professionen durchsetzen. Die Kooperationspartner des Kliniksozialdienstes wechseln ständig und sind häufig schwierige Verhandlungspartner.

Die Einführung der DRG’s belastet den Kliniksozialarbeiter zusätzlich und fordert ein großes Maß an Flexibilität und Anpassung von ihm. Daneben gibt es natürlich auch Anforderungen an die Qualifikation, die Fachkenntnisse und die persönlichen Voraussetzungen, die ein Kliniksozialarbeiter erfüllen soll.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick :

Tabelle 2 Anforderungen an den Kliniksozialarbeiter

Qualifikation	Fachkenntnisse	Persönliche Voraussetzungen
• Dipl. Sozialarbeiter / Dipl. Sozialpädagoge (FH)	• Rechtliche Kompetenzen (BGB, SGB, SchwbG usw.)	• Flexibilität in der Arbeit
• Gesprächsführungs- / Beratungskompetenzen		• Konflikt- und Kritikfähigkeit
• Zeitmanagement	• Medizinisches Hintergrundwissen zu Erkrankungen	• Authentizität / Empathie
• Kommunikationsfähigkeiten		• Emotionale Belastbarkeit

[28] Vgl. Kunz 2001, S.42
[29] Gödecker-Geenen 2003, S. 15

• Professionelle Außendarstellung	• Kenntnisse über regionale Hilfsmöglichkeiten	• Koordinations- / Organisationsfähigkeiten
• Fachspezifische Fortbildung		• Integrationsfähigkeit
• Supervision / Teamberatung	• Kenntnisse über berufliche und soziale Rehabilitation	• Behauptung der eigenen fachlichen Leistungsfähigkeit u. Zuständigkeit
• Evaluation von Arbeitsinhalten		• Teamfähigkeit

(Quelle: nach Kurlemann, Ulrich: Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus.IN: Eiff v. W./Fenger H./Gillessen A. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager. Praktisches Management für Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bd. 1. Berlin, Heidelberg 2003, S. 21ff.)

2.7 Situationsanalyse des Arbeitsfeldes

Zum Thema: Soziale Arbeit im Krankenhaus ist es wohl am besten, man lässt einen Patienten zu Wort kommen: “Meine Sehnsucht, auch als Patient ganzheitlich wahrgenommen zu werden, hat eine entscheidende Voraussetzung: dass auch die Mitarbeiter in Kliniken ganzheitlich gesehen, geführt und eingesetzt werden.“[30] Das Problem ist, dass die Sozialarbeit im Krankenhaus nur verstümmelt bzw. amputiert ihre Aufgaben ausführen kann. Betrachtet man die Situation in den Krankenhäusern, so erkennt man schnell, dass das Schattendasein und die Zurückhaltung des Kliniksozialdienstes tief in der Institution Krankenhaus verwurzelt sind. Die Gegebenheiten des Arbeitsfeldes machen es der Sozialarbeit nicht leicht ihre Professionalität auszuüben.
In diesem Abschnitt soll die Situation der Kliniksozialarbeit im Krankenhaus genauer betrachtet werden. Es folgt eine Bestandsaufnahme der strukturellen und personellen Bedingungen sowie der Schwierigkeiten des Arbeitsgebietes.

2.7.1 Strukturelle Bedingungen

Krankenhäuser sind fest installierte Säulen des Gesundheitswesens. Sie bilden den Rahmen für die Kliniksozialarbeit. Deshalb ist zu fragen, wie sich die Sozialarbeit als anerkannte Profession in das System Krankenhaus integrieren lässt. Sozialarbeiter besitzen eine Sonderstellung innerhalb des Behandlungsteams, da sie nur

[30] Kürten, 1998, S. 90ff.

ausnahmsweise Teil der Teams in der Patientenversorgung sind. Wie kann diese Sonderstellung des Sozialarbeiters überwunden werden? Wo stoßen Sozialarbeiter an die Grenzen ihrer Wirkung, weil die eigene Position in der Hierarchie ihre Möglichkeiten hemmt?

2.7.1.1 Auf der horizontalen Ebene

Im Krankenhaus gibt es auf der horizontalen Ebene neben der Verwaltung zwei große Fachdisziplinen: die Medizin und die Pflege. Hillers[31] schreibt, dass Medizin, Pflege und Verwaltung formal gleichberechtigt nebeneinander mit jeweils eigenen Aufgaben existieren. Nur die Weisungsbefugnis der Ärzte gegenüber den Pflegekräften bilde eine Ausnahme, so betont sie.

Soziale Arbeit im Krankenhaus ist laut Definition von Staub[32] „[...] ein gleichberechtigtes Spezialgebiet [...]“ im Krankenhaus und kann somit nicht, wie Hillers hervorhebt, der Pflege oder Medizin zugeordnet werden, sondern bleibt ein eigenständiger Funktionskreis.

Jedem Sozialarbeiter im Krankenhaus stehen ca. 2000 andere Beschäftigte gegenüber.[33] Das bedeutet, dass die Kliniksozialarbeiter eine der kleinsten Berufsgruppen (0,5 % des Gesamtpersonals) bilden. Kliniksozialarbeit ist somit ein sehr kleines, randständiges Arbeitsfeld, dass schnell in Gefahr gerät zwischen zwei fremden Fachgebieten eingeklemmt zu werden.[34] In der Praxis wird sie daher formal in die Verwaltung oder Pflege eingegliedert.[35]

Die Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e.V. empfiehlt die organisatorische Anbindung an die Verwaltungsleitung des Krankenhauses, weil eine Fachaufsicht weder vom ärztlichen noch pflegerischen Dienst geleistet werden kann. Nicht überall folgt man der Empfehlung der DVSK. In der Praxis wird die Einbindung des Sozialdienstes sehr unterschiedlich gehandhabt.

---

[31] Vgl. Hillers 1994, S. 39
[32] Staub 1986, S. 259
[33] Vgl. Ansen 2004, S. 23
[34] Vgl. Garms-Homolová /Schaeffer 1990, S. 111ff.
[35] Vgl. Sannwald 1996, S.9

2.7.1.2 Auf der vertikalen Ebene (Autoritätshierarchie)

Folgt man der Empfehlung der DVSK und gliedert den Sozialdienst in die Verwaltung ein, so verhindert man, dass Kliniksozialarbeit „ [...] als Ableger des ärztlichen oder pflegerischen Dienstes betrachtet wird.“.[36]
Hierarchisch lässt sich der Sozialdienst nämlich nicht in die Verwaltung eingliedern.[37] Die Verwaltung ist nur als Dienstaufsicht für personalrechtliche Aufgaben (Festlegung der Dienstzeit, Genehmigung von Dienstreisen usw.) zuständig. Die Fachaufsicht kann dann durch Fachkollegen (Abteilungsleitung der Klinischen Sozialarbeit) wahrgenommen werden. Ist keine Abteilungsleitung der Klinischen Sozialarbeit vorhanden, so arbeitet der Sozialarbeiter eigenständig und ohne Fachaufsicht.[38] Die DVSK betont in ihrer Stellenbeschreibung für den Sozialdienst im Krankenhaus die Weisungsfreiheit in Bezug auf das fachliche Handeln.[39] Diese genannte Weisungsfreiheit erfährt ihre Grenzen im Krankenhaus. Der Funktionsbereich Medizin übernimmt historisch bedingt eine überragende Position im Hierarchiesystem des Krankenhauses. Das Krankenhaus stellt einen „medizinalisierten Betrieb“ dar, in dem sich viele Berufe den Ärzten unterordnen.[40] Der Arzt ist, zum Beispiel, dem Pflegepersonal in medizinischen Belangen weisungsbefugt und kann Tätigkeiten delegieren. Durch diese starren Hierarchien wird der Sozialarbeiter zwangsläufig zum Erfüllungsgehilfen des Arztes und nimmt dessen Anordnungen entgegen. Rhauda[41] befragte Ärzte und Sozialarbeiter, wie sie den Status der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen (Pflege, Medizin, Kliniksozialarbeit) einschätzen. Das Ergebnis war wenig überraschend: Aus Sicht des Arztes hatte der Sozialarbeiter den geringsten Stellenwert und umgekehrt bewertete der Sozialarbeiter den Arzt am höchsten.
Eine Untersuchung von Imminger[42] zeigte, dass sich 26,4 % der Ärzte den Sozialarbeitern übergeordnet fühlen. Für eine gleichgeordnete Position sprachen sich 33,6 % der Ärzte aus. Der Rest der Befragten meinte, dass ein Vergleich nicht möglich sei. Als die Sozialarbeiter um ihre Einschätzung gebeten wurden, fühlten

[36] DVSK AG Sachsen 1999, S. 5
[37] Vgl. Hillers 1994, S. 40
[38] Vgl. DVSK 2003, S. 16
[39] Vgl. Ebenda, S. 16
[40] Vgl. Viefhues 1978, S. 64 ff.
[41] Vgl. Rhauda 1976, S. 1ff.
[42] Vgl. Imminger 1998, S. 19f.

sich nur ca. 50 % mit dem pflegerischen und ärztlichen Dienst gleichgeordnet. 13,6 % sahen sich dem Pflegedienst und ca. 9 % der Ärzteschaft untergeordnet. In den dargestellten Ergebnissen findet die in der Praxis uneinheitliche Einbindung des Sozialdienstes in die Organisationsstruktur des Krankenhauses ihren Ausdruck. Der Sozialdienst untersteht somit teilweise der Weisungsbefugnis fachfremder Personen.

2.7.2 Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung variiert in der Praxis sehr stark. In den 80er Jahren schlug man vor, einen Sozialarbeiter für durchschnittlich 300 bis 440 Betten einzusetzen.[43] Dieser Wert ist aus heutiger Sicht unrealistisch. Die Arbeitsgemeinschaft Sachsen der DVSK hält für eine optimale Betreuung der Patienten ein Verhältnis von durchschnittlich 225 Betten pro Sozialarbeiter für notwendig.[44]
Die DVSK empfiehlt zur Personalausstattung folgende Richtwerte:

Tabelle 3 Personelle Ausstattung

Krankenhäuser der	**Vollzeitkraft**	**Planbetten**
Grund-/Regelversorgung	1	125
Zentralversorgung	1	100
Maximalversorgung	1	75
Geriatrische Klinik	1	50

(Quelle: nach DVSK (Hrsg.): Anhaltszahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 2. 2003a, S. 42-43)

Da Krankenhausleistungen inzwischen nicht mehr in Relation zu den vorhandenen Betten, sondern zu den behandelten Fällen gesetzt werden, hat die DVSK die Sozialarbeitsleistung ebenfalls angepasst. Es wird nicht mehr die Bettenzahl pro Stelle, sondern die Fallzahl pro Stelle genannt.[45] Die Gütersloher Organisationsberatung (GOB) kommt zu dem Vorschlag, als Maßstab 600 Fälle pro Vollzeit-

[43] Vgl. Ansen 2004, S. 24
[44] Vgl. DVSK AG Sachsen 2000a, S. 4f.
[45] Vgl. DVSK 2003a, S. 42f.

Sozialarbeiterstelle zu nehmen. „ Als durchschnittlicher Zeitaufwand für die Betreuung eines Patienten können ca. 160 Minuten zugrunde gelegt werden. Auf der Grundlage einer Nettoarbeitszeit von 1.580 Stunden kann ein Sozialarbeiter ca. 600 Fälle im Jahr betreuen.“[46] Die DVSK hat sich entschlossen, diese Angaben für den Bereich der Regelversorgung zu übernehmen. Durch eigene Untersuchungen kam sie zu dem Resultat, dass in einzelnen Fachbereichen (Neurologie, Geriatrie und Onkologie) die Leistung der Sozialarbeit umfangreicher ist, sodass eine weitere Differenzierung notwendig wird. Für diese Arbeitsbereiche sind 400-500 Fälle pro Vollzeitstelle mit einer Brutto-Minutenanzahl von 200-240 Minuten angemessen.[47]

In der Praxis findet man große Abweichungen von der Empfehlung der DVSK. Die Mehrzahl der Sozialarbeiter ist für bis zu 300 Betten und ein Viertel sogar für noch mehr Betten zuständig. Im Durchschnitt haben die Sozialarbeiter somit zwischen 70 und 90 Fälle pro Monat.[48] Dies überschreitet die angegebenen Richtwerte um einige hundert Fälle pro Jahr.

2.7.3 Professionsschwierigkeiten

Bei den Sozialarbeitern im Krankenhaus gibt es eine große Unsicherheit im Hinblick auf ihren professionellen Status. Diese Unsicherheit entsteht vor allem aus der Diskrepanz zwischen den schriftlich festgelegten Berufsidealen und der Berufsrealität. Wie Viefhues schon betonte, ist der Sozialdienst trotz seiner langen Tradition als Fachgebiet mit seinen Aufgaben relativ unbekannt.[49] Er hat es in dem primär naturwissenschaftlich-somatisch orientierten Krankenhaus schwer, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die ihm professionelle Handlungsbereiche ermöglichen. Durch die ungünstigen Arbeitsvoraussetzungen kommt es zu einer Vereinzelung und Überlastung der Sozialarbeiter. Sie ziehen sich resigniert hinter ihren Schreibtisch zurück und versuchen durch das Ausfüllen möglichst vieler Formulare ihre Daseinsberechtigung zu demonstrieren.[50] Die Durchsetzung

[46] Tauch 1998 zit. nach DVSK 2003a, S.1
[47] Vgl. DVSK 2003b, S. 42f.
[48] Vgl. Hüpper/Slesina 2001, S. 88ff.
[49] Vgl. Viefhues 1985, S. 10
[50] Vgl. Staub 1986, S. 259ff.

sozialarbeiterischer Anliegen bleibt den individuellen und persönlichkeitsspezifischen Eigenschaften der einzelnen Sozialarbeiter überlassen. „Nur selten schöpfen die Sozialarbeiter den ihnen zur Verfügung stehenden Handlungsspielraum voll aus. Von vornherein ist ihr Blick begrenzt, getrübt von den Konflikten des Krankenhausalltags und den institutionellen bzw. versorgungsstrukturellen Handlungszwängen.“[51]

2.7.3.1 Professionsinterne Schwierigkeiten

Bollinger/Hohl[52] sprechen von einer „konstitutiven Dichotomie“ zwischen Verwaltung und Beratung. Die Sozialarbeiter sehen in der Beratung die eigentliche sozialpädagogische Tätigkeit. Doch in der Realität wird ein Großteil der Zeit vor allem durch administrative Aufgaben charakterisiert. Die Sozialarbeiter befinden sich in einem Rollenkonflikt. Auf der einen Seite wollen sie den ökonomischen Interessen des Krankenhauses gerechtwerden und auf der anderen Seite steht vor allem das Interesse des Patienten im Vordergrund. Die Sozialarbeit befindet zwischen diesen beiden Interessen und versucht dabei ihren eigenen professionellen Anspruch zu wahren. Das Krankenhaus ist ein Wirtschaftsunternehmen und muss auf seine Kosten achten. Das Bestreben die Patienten möglichst schnell wieder in ihren Alltag zu entlassen, ist ein wichtiger ökonomischer Anreiz für das Krankenhaus. Man spricht daher auch von sogenannter „Drehtürmedizin“.[53] Im Krankenhaus lassen sich aufgrund von Zeitknappheit, unkontinuierlichen Kontakt zum Patienten und vorurteilsbelegte Kooperation (siehe Abschnitt 2.7.4) mit dem Sozialdienst kaum Bedingungen für eine individuell orientierte Beziehung zum Klienten schaffen. Gerade die therapeutische Beziehung, die im Krankenhaus kaum umsetzbar ist, stellt oft eine Grundvoraussetzung für die Arbeit mit den Patienten dar.[54] Der Sozialdienst dient dem Krankenhaus als Entlassungsmanager. Es entsteht nach Garms-Homolová/Schaeffer eine „kontinuierliches Handlungsdilemma“[55] für den Sozialarbeiter. Die widersprüchlichen Erwartungen (vgl. Abb. 2) erschweren dem Sozialdienst seine Aufgaben. In diesem Zusammenhang spricht man auch von einem Intra-Rollenkonflikt beim Sozialarbeiter.

---

[51] Garms-Homolová/Schaeffer 1991, S. 119
[52] Bollinger/Hohl 1981, S. 29
[53] Vgl. Hillers 1994, S. 45
[54] Vgl. Garms-Homolová/Schaeffer 1991, S. 196f.
[55] Vgl. Garms-Homolová/Schaeffer 1990, S. 119

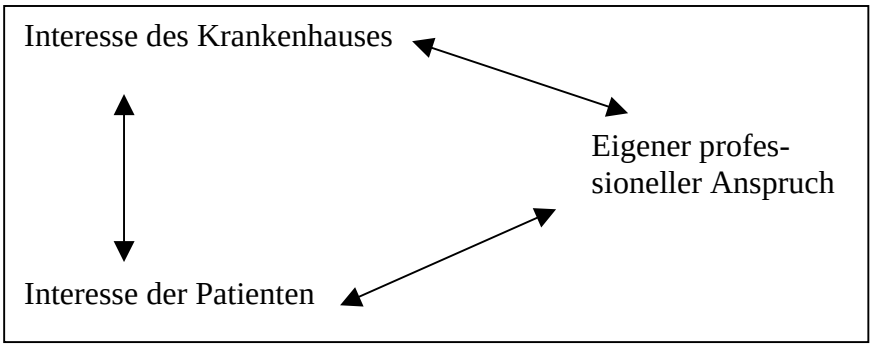


Abb. 2 Kontinuierliches Handlungsdilemma

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Garms-Homolová, Vjenka/Schaeffer, Doris: Netzwerkförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. IN: Dewe, Bernd/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkförderung und Soziale Arbeit. Bielefeld 1991, S. 196f.)

Viele Sozialarbeiter im Krankenhaus reagieren auf diese Problematik mit unbewusster Anpassung und tendieren zu einer freiwilligen Unterordnung.

Eine weitere professionsinterne Schwierigkeit bezeichnet man als „Binnenorientiertheit“.[56] Der Sozialdienst ist eng mit der Institution Krankenhaus verwachsen und hat nur sehr eingeschränkte Zuständigkeitsfelder. Die Hauptaufmerksamkeit gilt den internen Schwierigkeiten und Benachteiligungen. Externe Defizite werden gar nicht oder wenig problematisiert. Zum Beispiel kritisiert die Kliniksozialarbeit häufig die Kooperation mit den Ärzten, wobei der Arzt als Verursacher des schlechten Informationsflusses gesehen wird. Doch andererseits ist der Austausch von Informationen seitens der Sozialarbeiter teilweise ebenso ungenügend. Es stecken neben den benannten Schwierigkeiten viele Chancen in der interprofessionellen Zusammenarbeit.[57] Die Kliniksozialarbeit sollte offen sein für alle Anregungen. Probleme sollten nicht nur einfachheitshalber auf andere Professionen abgeschoben werden, ohne den eigenen Anteil daran zu beachten.

[56] Hillers 1994, S. 128
[57] Vgl. Ebenda, S. 129

2.7.3.2 Professionsexterne Barrieren

Von außen begrenzen das Wohlfahrts- und Gesundheitssystem den Handlungsspielraum der Sozialarbeiter im Krankenhaus. Der Sozialarbeiter gehört mit zum System des Gesundheitswesens und wird durch sozialpolitische Neuerungen in seinen Möglichkeiten stets beeinflusst. Durch die zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen reduzieren sich die Aktionsräume der Sozialarbeit.[58] Der professionelle Anspruch, mit ganzheitlichem Blick auf den Menschen zu sehen, geht verloren. Stattdessen wird der Sozialarbeiter zum Entlassungsinstrument berufen und muss in immer kürzerer Zeit mehr Patienten mit Versorgungslösungen ausstatten. Dabei erschweren die mangelnden poststationären Versorgungsmöglichkeiten (wie z.B. fehlende Heimplätze, fehlende Betten in den Rehakliniken) die Arbeitssituation.

Das Berufs- und Selbstverständnis der Sozialen Arbeit leidet unter diesen äußeren Gegebenheiten und steht zunehmend im Widerspruch mit den wirtschaftlichen Interessen.[59]

Wenn Sozialarbeiter im Krankenhaus keine Zeit mehr für psychosoziale Diagnostik und für die Arbeit am Patienten haben, fragt man sich, ob und wozu überhaupt noch ein qualifizierter Sozialdienst im Krankenhaus gebraucht wird.

Die Sozialdienstmitarbeiter machen zu 80 % nur AHB-Anträge (Anträge für Anschlussheilbehandlungen) und suchen Heimplätze. Nur 10 % ihrer Tätigkeiten liegen auf dem psychosozialen Gebiet. [60]

Für diese administrativen Tätigkeiten sind sie durch fachliche Weiterbildungen überqualifiziert und überbezahlt. „Jede Verwaltungsfachkraft könnte [...] diese aufgeführten Tätigkeiten ohne Mühe genauso erledigen.“[61]

2.7.3.3 Selbst- und Fremddarstellung Sozialer Arbeit im Krankenhaus

Damit im Krankenhaus Leiden gelindert und geheilt werden können, sind verschiedene Berufsgruppen notwendig. Medizin, Pflege und Kliniksozialarbeit können diese Aufgabe nur erfüllen, wenn sie miteinander kooperieren. Der Sozia-

[58] Vgl. Ansen 2004, S. 59
[59] Vgl. Ansen 2004, S. 60
[60] Vgl. DVSK 1996, S. 12
[61] Ebenda, S. 12

len Arbeit fällt es schwer, in diesem Rahmen ihre Kompetenzen zu beweisen. Der Arzt ist der Fachmann für die medizinische Behandlung und erstellt die Diagnose. Er entscheidet, welche Berufgruppen miteinbezogen werden. Für die ganzheitliche Behandlung der Patienten benötigt er jedoch Hilfe.[62]

Nau schreibt, dass Soziale Arbeit im Krankenhaus ein „Schattendasein" führt.[63] Gödecker-Geenen ergreift ähnliche Worte: „Sozialarbeit, gerade im Gesundheitswesen, führte bisher ein Stiefmütterchen-Dasein."[64] Staub betont, dass die sozialpädagogischen Perspektiven der Sozialarbeit größtenteils im Verborgenen schlummern.[65] In erster Linie arbeitet Kliniksozialarbeit zu und übt Hilfsdienste aus. Das wirtschaftlich denkende Krankenhaus sieht die Sozialarbeit als" steuernde Institution, die dafür zu sorgen hat, dass wirtschaftlich uninteressante Patienten – oder auch Fehlbeleger genannt – so rasch als möglich entlassen werden.[66] Sozialarbeiterisches Wirken bleibt somit oft eine sekundäre Maßnahme nach pflegerischen und ärztlichen Handlungen.

Nau erklärt, dass sich die Sozialarbeiter für alles verantwortlich fühlen „ [...] von der Beratung, der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bis zur Versorgung der Katze oder der Beschaffung auf dem Weg ins Krankenhaus möglicherweise verlorengegangener persönlicher Gegenstände oder Kleidungsstücke."[67] Somit ist es nicht überraschend, dass die wunderlichsten Erwartungen an sie gestellt werden würden.[68] Die Sozialarbeiter dürfen kein „Mädchen für alles" sein und alle Aufträge, die an sie delegiert werden, ausführen. Administrative Aufgaben stehen im Vordergrund und blockieren das eigentliche Potential der Sozialarbeiter.

Die Sozialarbeiter müssen von sich aus zeigen, was sie tun können. Sie dürfen nicht im Hintergrund warten und sich als Spielball anderen überlassen.[69] Die Kliniksozialarbeit muss demonstrieren, dass sie eine eigenständige Profession ist.

---

[62] Vgl. Reinicke 1994, S. 105
[63] Vgl. Nau 2000, S. 11ff.
[64] Gödecker-Geenen 2000, S. 16
[65] Staub 1986, S.265
[66] Nau 2000, S. 12
[67] Ebenda, S. 12
[68] Vgl. Ebenda, S. 12
[69] Vgl. Gödecker-Geenen 2000, S. 11ff.

Sie darf sich nicht für alles zuständig fühlen, sondern muss Grenzen abstecken und Inhalte deutlicher werden lassen.[70]

2.7.4 Kooperationspartner im Krankenhaus

Als Bestandteil eines multiprofessionellen Teams ist es Aufgabe des Sozialdienstes, die ganzheitliche Behandlung der Patienten abzusichern.[71] Sozialarbeiter im Krankenhaus sind deshalb auf eine enge Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen (Medizin, Psychologie, Pflege usw.) angewiesen. Kontakte zu den medizinischen und pflegerischen Mitarbeitern sind besonders wichtig für die Aufgabenerfüllung. Schaut man sich mal das Beispiel eines beinamputierten Patienten an, wird deutlich, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen des Krankenhauses seine Probleme verschiedentlich wahrnehmen. Der Arzt hat nur die Wundheilung im Blick, der Krankengymnast sieht, dass der Patient Sorgen hat, je wieder laufen zu können und das Pflegepersonal versorgt den Patienten bei den Alltagsverrichtungen. Wenn es um die Krankheitsbewältigung geht, ist es Aufgabe des Sozialdienstes Gespräche den Patienten anzubieten. Damit der Sozialdienst seiner Tätigkeit effektiv und effizient nachgehen kann, benötigt er Informationen über den Patienten.

Das Pflegepersonal hat dabei eine Schlüsselrolle als Mittler und Bindeglied zwischen Arzt, Patienten, Sozialdienst und Angehörigen (usw.).[72] Durch seine Tätigkeit findet das Pflegepersonal zahlreiche Möglichkeiten (z.B. beim Bettenmachen, Frühstück austeilen oder bei Verordnungen umsetzen), um mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Somit hat das Pflegepersonal den engsten Kontakt zu den Patienten und ist ein wichtiger Partner für den Sozialarbeiter, wenn es um Informationen geht.

Ebenso ist die Verständigung über den Patienten mit den Ärzten ein Muss. Ein unvollständiger Informationsfluss (unklare Kooperation) würde in der Praxis z.B. zu einer Verzögerung von Entlassungen führen und dem Krankenhaus finanziell schaden.[73]

---

[70] Vgl. Gödecker-Geenen 2000, S. 11ff.
[71] Vgl. von Eiff 2000, S.448
[72] Vgl. Viefhues 1986, S. 53
[73] Vgl. Ansen 2004, S. 28

Problematisch ist die Tatsache, dass die meisten Sozialarbeiter für mehrere Stationen zuständig sind, die unterschiedlichen Fachgebieten zugeordnet werden. Dadurch gehört der Sozialarbeiter zu keinem Behandlungsteam direkt dazu. Seine Abhängigkeit von den anderen Berufsgruppen nimmt zu, weil er mehr auf übermittelte Informationen angewiesen ist und ohne entsprechende Kooperation fast handlungsunfähig wird.

2.7.4.1 Kooperation mit den Ärzten

Ansen betont, dass nur ein Drittel der Sozialarbeiter die Kooperation mit den Ärzten als gut bewertet.[74] Eine kleinere Befragung unter Sozialarbeitern (N= 21) kommt 1998 zu dem Ergebnis, dass 76,2 % (16) die Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal als „gut“ und „sehr gut“ einschätzen.[75] Insofern ließe sich eine allgemeine Verbesserung der Kooperation mit den Ärzten im Vergleich zu Ansens Untersuchung vermuten. Jedoch lassen sich ohne repräsentative Resultate keine Schlussfolgerungen ziehen. Im Nachfolgenden wird davon ausgegangen, dass Ansens Ergebnisse ihre Berechtigung haben und es durchaus Kooperationsprobleme in der Arbeit mit den Ärzten gibt. Imminger beschreibt des Weiteren, dass sich 56,4 % der Ärzte nicht ausreichend über die Aufgaben des Sozialdienstes informiert fühlen und 74,5 % wenig oder überhaupt nichts über die Ausbildung der Sozialarbeiter wissen.[76] Eine Befragung der Katholischen Fachhochschule Nordrhein-Westfalen kam zu dem Ergebnis, dass 74 % der Ärzteschaft den Wunsch nach mehr Informationen über die Tätigkeit des Sozialdienstes haben.[77] Dies zeigt ein deutliches Wissensdefizit bei den Ärzten. Einer Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Ärzten sind somit keine optimalen Voraussetzungen gegeben. Wenn die Ärzte nicht wirklich wissen, was der Sozialdienst macht, dann wird die gelungene Kooperation entweder zu einem Zufallsprodukt oder die Last der unkoordinierten Zusammenarbeit bleibt bei dem Sozialarbeiter hängen, der durch seinen „aufopfernden Einsatz“ diese Defizite wieder ausgleicht.[78] Durch die relativ schlechten Kenntnisse wird die Arzt-Sozialarbeiter-Beziehung stark geprägt und der Arzt entscheidet nach seinem Wissen, welche Aufgaben ein Sozial-

[74] Vgl. Ansen 2004, S. 28
[75] Vgl. Imminger 1998, S. 59
[76] Vgl. Ebenda, S. 13, 30
[77] Vgl. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen 1998, S. 35f.
[78] Vgl. Hillers 1994, S. 54

arbeiter zu erfüllen hat. Soziale Arbeit wird dadurch zum Delegationsinstrument degradiert. Eine weitere negative Auswirkung im Zusammenhang mit den unklaren Vorstellungen über die Tätigkeit des Sozialdienstes wird als sogenannte „Vorfilterung“[79] bezeichnet. Ärzte, mit ihrem defizitären Wissen über die soziale Arbeit, tragen Probleme dem Sozialarbeiter nur dann zu, wenn sie ihn für zuständig halten. Sie nehmen eine Vorfilterung vor und nur das, was sie als Problem wahrnehmen, wird dem Sozialdienst zugewiesen. Manchmal kommt es zu einem Missbrauch dieser Filterung und es werden v.a. unbequeme Patienten benannt, damit diese schneller entlassen werden können.

Ebenso beeinflusst der Arzt als Ansprechpartner der Patienten und Informationsvermittler die Tätigkeit des Sozialdienstes. Durch seine Unwissenheit verfälscht er das Bild über den Sozialarbeiter und trägt dazu bei, dass die Patienten dieses übernehmen.

Ein weiteres Problem stellt die unterschiedlich ausgeprägte Professionalisierung dar. Ärzte besitzen ein hohes Maß an Selbstverantwortung und haben eine ausgeprägte berufliche Identität.[80] Fragt man Ärzte, ob Sozialarbeiter autonom und unabhängig von ihnen entscheiden können, so antwortet die Mehrheit mit einem „Nein“.[81] Diese Einschätzung der Ärzte zeigt, wie wenig der Sozialen Arbeit als Fachgebiet zugetraut wird. Daher ist es keine Überraschung, dass Ärzte die Leistung der Sozialarbeiter ausschließlich von der Umsetzung ihrer Anweisungen abhängig machen.[82]

Der Kliniksozialarbeit fehlt es an klarer Identität. In der Literatur wird die Kliniksozialarbeit mit dem Begriff der „wenig professionalisierte[n] Profession“[83] belegt. Die Sozialarbeit als Beruf im Krankenhaus hat kein großes Ansehen und ist i.d.R. eine der unteren hierarchischen Positionen, die weisungsgebunden nur auf Abruf tätig wird. Für die Ärzte bleibt der Sozialdienst gerade aufgrund seiner Behauptungsschwierigkeiten relativ anonym.

Die Zusammenarbeit von Arzt und Sozialdienst gestaltet sich konfliktreich und belastet, da unterschiedliche Arbeitsmethoden angewandt werden.[84] Ärzte neigen dazu den Patienten als reinen Symptomträger zu sehen, der mit einer Diagnose

---

[79] Hillers 1994, S. 48
[80] Vgl. Viefhues 1986, S. 53ff.
[81] Vgl. Hillers 1994, S. 48ff.
[82] Vgl. Ansen 2004, S. 29
[83] Venema/Kleegrewe 1996, S. 13ff.
[84] Vgl. Hedtke-Becker/Hoevels/Schwab 2004, S. 22

klassifiziert wird. Soziale Arbeit hingegen versucht den Menschen als Ganzes, mit seinem sozialen Umfeld zu erfassen.

2.7.4.2 Kooperation mit dem Pflegepersonal

Die Pflegekräfte sind am kompetentesten im Hinblick auf die Gesamtsituation des Patienten. Sie kennen seinen Zustand und wissen, wie die weitere Behandlung erfolgt. Darüber hinaus haben sie Einblick in das soziale Umfeld des Patienten und können wichtige Hinweise geben. Dadurch ist das Pflegepersonal für den Sozialarbeiter unentbehrlich. Die Qualität dieser interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflusst die Tätigkeit der Sozialarbeiter und wirkt entscheidend auf die Effektivität (zielgerichtetes Handeln).[85]

Imminger[86] kommt in seiner Befragung des Pflegepersonals zu dem Ergebnis, dass der Wissenstands über die Aufgaben des Sozialdienstes unbefriedigend ist. Mit 54,2 % gab über die Hälfte der Pflegekräfte an, nicht ausreichend über die Tätigkeit der Sozialarbeiter informiert zu sein. Dreiviertel der Befragten sind gar nicht über die Ausbildung der Sozialarbeiter informiert. Diese Resultate zeigen, dass es keine wesentlichen Unterschiede bei den Antworten der Ärzte und des Pflegepersonals gibt. Dem Sozialarbeiter wird aufgrund seiner mangelnden medizinischen Kenntnisse keine vom Arzt unabhängige Entscheidungsfähigkeit zugesprochen (75 % verneinen dies).[87] Nach regelmäßigen Besprechungen mit dem Sozialarbeiter befragt, schilderten ca. 76 %, dass Sozialarbeiter nie an Teamsitzungen teilnehmen würden.[88]

Das Pflegepersonal arbeitet mit dem Kliniksozialdienst zusammen, ohne seine Aufgaben wirklich zu kennen. Die Vorfilterung von Problemlagen findet somit nicht nur seitens der Ärzte, sondern auch seitens der Pflegekräfte statt. Soziale Arbeit ist gefährdet seine Identität zu verlieren, weil fremde Berufsgruppen bestimmen, wann sie tätig werden soll. Carrigan formulierte es so: „Physicians and nurses define what social workers can and cannot do in medical settings."[89]

---

[85] Vgl. Ansen 2004, S. 30
[86] Vgl. Imminger 1998, S. 31
[87] Vgl. Hillers 1994, S.48ff.
[88] Vgl. Imminger 1998, S. 39
[89] Carrigan 1978, S. 63ff.

Daraus folgt vor allem die Zunahme administrativer Aufgaben zu Lasten psychosozialer Belange der Patienten.

2.7.4.3 Kooperationsformen

Bollinger/Hohl[90] unterscheiden drei Kooperationsformen zwischen Sozialarbeiter und Arzt im Krankenhaus:

1) „Das übliche funktional-spezifische Verhältnis von Anweisung und Ausführung bzw. Kontrollieren und Kontrolliert-Werden“
2) „ein eher diffuses Verhältnis von Herrschen und Dienen im Sinne eines Herr-Knecht-Verhältnisses“ und
3) „ein gleichberechtigtes Verhältnis ohne hierarchische Unterschiede“.

Das erste Kooperationsmuster orientiert sich vor allem an funktionalen Aufgaben des Sozialarbeiters, die häufig administrativen Charakter aufweisen. Der Arzt schaltet den Sozialdienst ein, wenn er es für die Entlassung oder Verlegung des Patienten für erforderlich hält.
Der zweiten Kooperationsform liegt die Annahme zugrunde, dass der Arzt die zentrale Schlüsselrolle im Krankenhaus einnimmt und die höchste Entscheidungsinstanz darstellt. Alle anderen Berufe sind verpflichtet, den ärztlichen Willen umzusetzen. Kooperation findet hier als Delegation von Aufgaben an die Ausführungsinstanzen statt.
Bei der dritten Kooperationsform wird der Sozialdienst als autonome Profession anerkannt. Der Sozialarbeiter unterstützt mit seiner fachlichen Kompetenz die Ärzte.

Durch den schwachen Stand der Kliniksozialarbeit sowie Befragungsergebnissen von Sozialarbeitern im Krankenhaus ist die Vermutung naheliegend, dass vor allem die Kooperationsformen 1) und 2) in der Praxis vorherrschend sind.

[90] Vgl. Bollinger/Hohl 1981, S. 95ff.

2.7.4.4 Kooperationsprobleme

Kooperationsprobleme werden i.d.R. nur seitens der Sozialarbeiter bemängelt.[91] Zusammenfassend lassen sich folgende Kooperationsprobleme benennen:

- Fehlende Bedarfserkennung für die Einschaltung des Sozialarbeiters seitens des Arztes [92], Vorfilterung
- „Feuerwehrfunktion" des Sozialdienstes
  Pflegende und Ärzte informieren den Sozialdienst erst kurz vor einer bevorstehenden Entlassung. Die Sozialarbeiter sind dadurch zum kurzfristigen Handeln gezwungen.[93] Sie haben keine Zeit um Informationen zu sammeln und um eine Basis mit dem Patienten herzustellen. Die erlernte sozialarbeiterische Fachkompetenz und die Methoden werden vernachlässigt, sodass das Handeln der Sozialarbeiter nicht mehr unverwechselbar ist und durch andere Berufsgruppen ersetzt werden kann.[94]
- Fachkompetente Autonomie wird dem Sozialdienst seitens der Ärzte und dem Pflegepersonal verweigert.
- Ziele und Inhalte des Sozialdienstes sind den anderen Berufsgruppen (Ärzte und Pflegepersonal) wenig bekannt.
- Auf mehrere Stationen übergreifende Tätigkeit der Sozialarbeiter (Sonderstellung des Sozialarbeiters).
  Der Sozialarbeiter wird zum „Einzelkämpfer" und muss viel persönliches Engagement zeigen, um seine Arbeit ausführen zu können.
- Geringes Feedback von Patienten und Personal. Die Zuwendungskraft des Sozialarbeiters erschöpft sich (emotionales Defizit).
- Professionelle Wirksamkeit wird in Frage gestellt seitens Ärzte und Pflegepersonal sowie seitens der Sozialarbeiter selbst.[95]
- Sozialarbeiter werden v.a. bei administrativen Tätigkeiten gerufen.[96] Sie müssen die „Betten frei machen". Das ist ein Teufelskreis, weil wenn dies

[91] Vgl. Keck-Staudt 2000, S. 113
[92] Vgl. Ebenda, S.113
[93] Vgl. Staub 1986, S.72
[94] Vgl. Metzger-Paratsch 1991, S. 13
[95] Vgl. Laue/Wewerka 1982, S.17ff.
[96] Vgl. Keck-Staudt 2000, S.113

die Haupttätigkeit ist, entsteht der Eindruck, das sei auch die Haupttätigkeit und andere Problemstellungen werden nicht mehr vermittelt.[97]

- Der Sozialarbeiter wird nur tätig, wenn andere Professionen ihn einschalten. 80 % der Aktivitäten finden „auf Abruf“[98] statt. Dies hat nichts mit Teamarbeit zu tun.
- Auf den Sozialdienst wird noch wenig aufmerksam gemacht.
- Ärzte kennen die formellen Erfordernisse nicht und füllen Anträge zu ungenau und oberflächlich aus, sodass ein Hinterherlaufen beginnt, was beide Seiten – Arzt und Sozialarbeiter nervt.[99]
- Ständig wechselnde Kooperationspartner (Schichtdienst des Pflegepersonals/Fluktuation der Ärzte)

„Aus der Sicht der Ärzte ist der Sozialdienst eine relativ anonyme Einrichtung mit eher unprägnantem Gesicht und im Alltag der Ärzte von eher nachrangiger Bedeutung und die von ihnen in nur geringem Maße wahrgenommen wird und mit der die Kooperation gut funktioniert.“[100] Die Kooperationsprobleme hängen ursächlich mit dem Informations- und Wissensdefizit über die jeweils andere Berufsgruppe zusammen.[101]

Professionsbedingte Unterschiede zwischen der Medizin und der Sozialarbeit führen möglicherweise zu weiteren Problemen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die verschiedenen Sichtweisen und weitere Unterschiede im Überblick:

[97] Vgl. Hillers 1994, S. 53f.
[98] Vgl. Thierau 1997, S. 217
[99] Vgl. Hillers 1994, S. 53ff.
[100] Keck-Staudt 2000, S. 113f.
[101] Vgl. Ebenda, S.113ff.

Tabelle 4 Professionsbedingte Unterschiede

Sozialarbeiter	Mediziner
• Auseinandersetzung mit der eigenen Einstellung und Persönlichkeit	• Auswendiglernen von Lehrbuchwissen
• Denken in Zusammenhängen	• Faktenwissen ohne Zusammenhänge
• Problemorientiertes Lernen	• Minimaler Praxisbezug
• ganzheitliche Sichtweise	• Naturwissenschaft
• Unterschiedliche Fachsprache • Ärzterotation • Unterschiedliche Arbeitszeiten • Zeitdruck/Zeitmangel	

(Quelle: nach Keck-Staudt, Nicole: Interprofessionelle Kooperation von SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen im Allgemeinkrankenhaus. Zusammenfassung einer Diplomarbeit. IN: Forum Krankehaussozialarbeit. Nr. 2. 2000, S. 113ff.)

2.7.4.5 Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit

Zur Verbesserung der Kooperation zwischen Arzt und Sozialarbeiter schlägt Keck-Staudt[102] vor:

Die Arbeitszeiten des Sozialdienstes dem Schichtdienst im Krankenhaus anzupassen, sodass zwischen 8 Uhr bis 21 Uhr immer ein Sozialarbeiter zur Verfügung steht. Außerdem ist es sinnvoll, wenn ein verantwortlicher Arzt auf der Station als Ansprechpartner für die Sozialarbeiter vorhanden ist und Patienten frühzeitig gemeldet werden. Um den Kliniksozialdienst mehr in das ganzheitliche Behandlungsteam einzugliedern, ist eine interprofessionelle Sozialviste unumgänglich. Ein weiterer Punkt zur Verbesserung der Zusammenarbeit ist eine vermehrte Öffentlichkeitsarbeit nach innen. Das Ärzte- und Pflegepersonal muss unbedingt durch Fortbildungen und Informationsmaterial (z.B. Faltblätter) mehr Einblick in die Soziale Arbeit bekommen. „Für die fachkompetente Autonomie des Sozialdienstes müssen die anderen Berufsgruppen die Ziele und Inhalte der Sozialarbeit

[102] Vgl. Keck-Staudt 2000, S. 114

ebenso kennen wie der Sozialdienst ihre.“[103] Ohne diese Voraussetzung ist kollegiale Zusammenarbeit nicht möglich.
Um den Informationsfluss und –austausch beidseitig intensiver zugestalten, sollten die Sozialarbeiter mehr Präsens auf den Stationen zeigen.

2.7.5 Kooperationspartner außerhalb des Krankenhauses

Die Liste der externen Kooperationspartner ist lang. Einige Beispiele sind:

- Krankenkassen
- Rentenversicherungsträger
- Sozialhilfeträger
- Gesundheits-/Arbeits-/Jugendämter
- Selbsthilfegruppen
- Ambulante Pflegedienste / Stationäre Pflegeeinrichtungen
- Amtsgerichte
- Betreuungsbehörden / Rechtliche Betreuer
- Angehörige
- MdK (Medizinische Dienste)
- Hausärzte
- Rehabilitationskliniken (usw.)

Die Klinische Sozialarbeit liegt im Spannungsfeld zwischen Behandlung und Administration.[104] Die Aufgaben des Sozialdienstes werden in der Realität vor allem ökonomisch ausgenutzt. Es geht überwiegend um eine rechtzeitige Verlegung aus dem Akutkrankenhaus und um einen nahtlosen Übergang in die Rehabilitation. Der Sozialarbeiter wirkt als „ [...] Brückenbauer oder Netzwerkadministrator [...]“[105] und koordiniert sowie organisiert die entsprechenden Hilfen. Grundvoraussetzung für den Sozialdienst sind dabei eine starke Außenorientierung und eine enge Zusammenarbeit mit den externen Kooperationspartnern.

---

[103] Metzger-Paratsch 1991, S. 13
[104] Vgl. DVSK 2003b, S.3
[105] Ebenda 2003b, S. 3

Oftmals ist die Zusammenarbeit mit äußeren Einrichtungen schwierig. Das teilweise mangelnde Versorgungsangebot, z.B. fehlende Heimplätze, macht die Suche nach einer geeigneten Lösung häufig sehr zeit- und energieaufwendig. „Systemstrukturell bedingte Defizite müssen unter Verursachung hoher psychischer Kosten durch das Berufliche Handeln einzelner bewältigt werden.“[106] Viele Sozialarbeiter entwickeln besondere Strategien, um diese Versorgungslücken zu bewältigen. Sie suchen sich z.B. persönliche Ansprechpartner bei Rehakliniken und Krankenkassen in der Hoffnung schneller an freie Plätze zu kommen.
Der Sozialarbeiter nimmt als „Hüter des Zugangs zu begehrten Leistungen und Diensten“[107] eine große Machtposition gegenüber den Klienten ein. Sein Engagement ist mitentscheidend für den Erfolg. Paradoxerweise ist die Macht des Sozialarbeiters da am größten, wo Handlungsspielräume der Sozialen Arbeit am meisten durch Bürokratie eingeschränkt werden.[108] Häufig wird die Problemlage der Patienten „ [...] auf ein technisch instrumentell handhabbares Prozedere [...]“[109] reduziert, weil der Zeitdruck und die strukturellen Versorgungsdefizite es nicht anders zulassen. Der Handlungsspielraum der Sozialarbeiter wird dadurch nicht voll genutzt.

3 Methoden der Krankenhaussozialarbeit

Kein Mensch kommt gerne und freiwillig ins Krankenhaus. Eine Krankheit oder ein unvorhergesehener Unfall zwingt einen zur Krankenhausaufnahme.[110] Alle Lebenspläne werden durchkreuzt und die soziale Situation des Menschen ändert sich zwangsläufig. Der Aufenthalt in der Klinik ist für den Patienten mit besonderen Belastungen verbunden.
In der Klinik trifft der Patient auf eine völlig neue Rollenerwartung. Er wird deindividualisiert und seine lebenspraktischen Kompetenzen, die er außerhalb des Krankenhauses besessen hat, werden z.T. als störend für den Organisationsablauf empfunden.[111] Das Krankenhaus ist auf die medizinische Versorgung ausgerichtet und muss zu diesem Zweck im hohen Maße Reglementierungen (z.B. fremd-

[106] Bollinger/Hohl 1981, S. 57
[107] Venema/Kleegrewe 1996, S. 13ff.
[108] Vgl. Ebenda, S. 13ff.
[109] Garms-Homolová/Schaeffer 1990, S. 119
[110] Vgl. Staub 1986, S. 71
[111] Vgl. Jall 1986, S. 155

bestimmter Tagesablauf, permanente Gegenwart von Mitpatienten) vornehmen. Zwischen Patient und Pflegepersonal herrscht große Ungleichheit. Der Kranke muss aufgrund seiner Hilfsbedürftigkeit enorme Eingriffe seitens des Personals akzeptieren, die im normalen Leben kaum akzeptiert werden würden.[112] Der Patient wird be-handelt und muss sich den vorweggenommenen Anpassungserwartungen unterwerfen. Die Medizin vertritt den Standpunkt: „Geben sie ihren Körper in unsere Obhut, wir werden die Krankheit heilen, sie brauchen sich um nichts zu kümmern.“[113] Der „ideale“ Patient erduldet seine Behandlung passiv und lässt seine Entmündigung zu.
Die stationäre Behandlung kann ebenso Krise sein wie die Krankheit an sich. Als Bestandteil eines multiprofessionellen Teams ist es Aufgabe des Sozialdienstes die ganzheitliche Behandlung der Patienten abzusichern.[114]

Eines der wichtigsten Handlungsinstrumente in der Kliniksozialarbeit ist die Beratung/Gesprächsführung sowie die Einzel-Hilfe (Case-Management). In der Praxis gehen beide Arbeitsweisen oft ineinander über oder überlagern sich. Im Nachfolgenden sollen beide Methoden kurz mit Hilfe der Fachliteratur beschrieben werden. Es wird dabei hervorgehoben, dass es sich bei den nächsten Ausführungen um reine Theorie bzw. um eine Soll-Beschreibung handelt. Die Vorgehensweise nach diesen Methoden ist in der Praxis häufig sehr unterschiedlich, weil sie von den individuellen Engagement des Sozialarbeiters abhängig ist. Wie im vorherigen Kapitel bereits geschildert wurde, gibt es eine Reihe von Rahmenbedingungen, die über die Handlungs- und Wirkungschancen der Kliniksozialarbeit bestimmen. Die folgenden Methoden der Kliniksozialarbeit sind eine wesentliche Basis für das professionelle Arbeiten und sollen in ihren Grundzügen erläutert werden, damit sie später in den Aspekt des Software-Einsatzes miteinfließen können.

[112] Vgl. Metzger-Paratsch 1991, S. 5ff.
[113] Geisler 2002, S.10
[114] Vgl. von Eiff 2000, S.448

3.1 Die Soziale Beratung

Die Soziale Beratung umfasst mehr als nur reine Auskunft. Sie ist persönliche Hilfe und Unterstützung zugleich.[115] Beratungsrelevante Themen sind krankheits- und behandlungsbedingte soziale, persönliche und finanzielle Probleme des Patienten. Der Patient wird an die Institutionen (z.B. Schuldnerberatung, Suchtberatung, Selbsthilfegruppe usw.) weiter verwiesen, die nach seiner Entlassung die Beratung und Versorgung übernehmen.[116] Die Beratung ist eine problembezogene Interaktion zwischen Ratsuchenden und Berater, in der der Berater Informationen und Empfehlungen erarbeitet.

Im Krankenhaus besteht aufgrund der zeitlichen Umstände weniger die Möglichkeit, eine engere Beratungsbeziehung zum Patienten herzustellen. „Wenn der Sozialarbeiter übermäßig damit beschäftigt ist, eine ‚gute Beziehung' herzustellen, werden seine Aufmerksamkeit und Energie von den Belangen des Klienten abgelenkt und seine Fähigkeit zu helfen beeinträchtigt."[117] Die Bewältigung der aktuellen Schwierigkeiten des Patienten stehen im Vordergrund. Auf eine therapeutische Beziehung im eigentlichen Sinne kann und muss verzichtet werden. Im Gegensatz dazu, ist das empathische Auftreten des Beraters viel wichtiger für die Beratungsbeziehung. Empathie heißt in diesem Sinne, die Gefühlslage des Klienten nachzuempfinden und seine Probleme professionell zu betrachten.[118]

Bei der Problemanalyse werden Lösungswege aufgezeigt und Ziele mit dem Klienten vereinbart. Dabei sollen die Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten mitbeachtet werden.

Im Krankenhaussozialdienst unterscheidet man drei wesentliche Formen von Interventionen: die Weitergabe von Informationen an den Patienten, die gemeinsame Reflexion seiner Probleme und die gezielte Erschließung von Ressourcen.[119]

Die Soziale Beratung im Krankenhaus ist vorwiegend auf Lösungsmöglichkeiten für krankheitsbedingte Probleme orientiert. Bei der Weitergabe von Informationen

---

[115] Vgl. DVSK 2003, S. 6
[116] Vgl. Ansen 2001, S. 63ff.
[117] Germain/Gitterman 1999, S. 111
[118] Vgl. Germain/Gitterman 1999, S. 57

[119] Vgl. Ansen 2001, S. 67

an den Patienten ist darauf zu achten, dass die Informationen aufgearbeitet sind und den Klienten nicht überfordern.

Die gemeinsame Reflexion der Lebenslage soll das subjektive Krankheitsempfinden würdigen und auf Ängste und Sorgen der Patienten eingehen. Der Patient soll Anregungen und Impulse bekommen, die seine Auseinandersetzung mit der Krankheit fördern.[120]

Neben Information und Reflexion werden im Rahmen der Sozialen Beratung Ressourcen erschlossen. Dazu gehören u.a. die Vermittlung von Heimplätzen, die Organisation von Rehabilitationsmaßnahmen und ebenso die Erschließung häuslicher Hilfen. Der Sozialarbeiter muss in diesem Bereich über administrative, organisierende und kooperierende Fähigkeiten verfügen.

Gerade hier ist es sinnvoll das Case Management in die Soziale Beratung miteinzubeziehen.

[120] Vgl. Mutzeck 1999, S. 95

3.2 Case Management

Case Management ist die zweite grundständige Methode in der Krankenhaussozialarbeit. Raiff [121] definiert dieses Konzept als ein „[...] Verfahren oder Programm, um Menschen in Not, die Hilfe von außen brauchen, Zugang zu einem auf sie zugeschnittenen ‚Paket' aus Diensten und Ressourcen zu verschaffen und seine Verfügbarkeit sicherzustellen." Dabei spielen Effizienz und Effektivität der Hilfeleistungen eine wichtige Rolle. Mit dem Case Management findet eine Rationalisierung und Planung von Hilfeprozessen nach einem Phasenmodell statt. Die nachfolgende Darstellung skizziert die sechs Phasen des Case-Management-Prozesses:

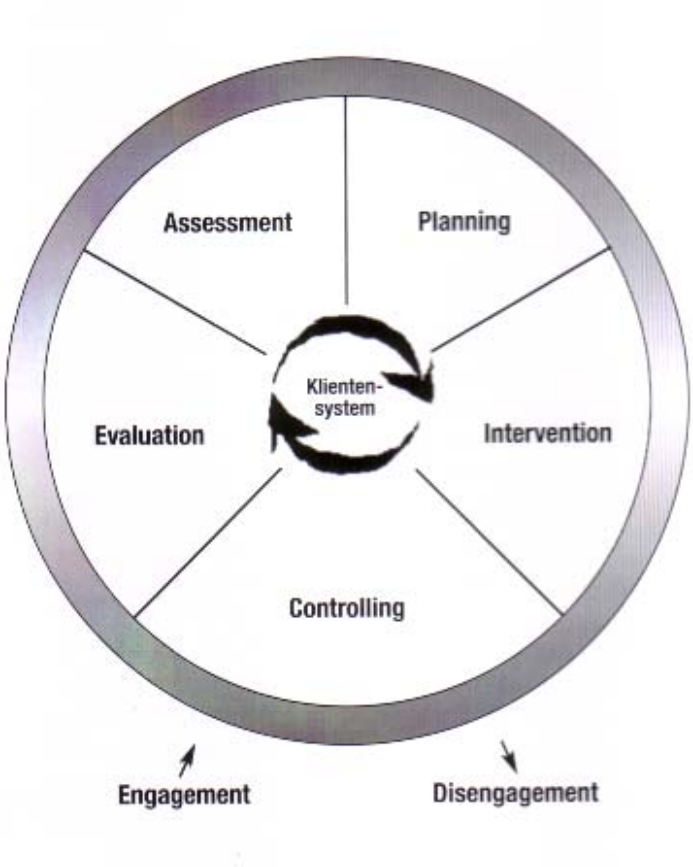


Abbildung 3 Case-Management-Prozess

(Quelle: Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation. Ein Manual. Mainz 2003b, S. 7)

Die in der Abbildung gezeigten Einzelschritte müssen aufeinander folgen, können aber so oft wie nötig wiederholt werden.

[121] Raiff u.a.1999, zit. nach DGS 2005

Die erste Phase des Case-Management ist die **Kontaktaufnahme (Engagement)**, bei der einerseits geklärt wird, wer Initiator ist und welche Ziele verfolgt und anderseits die Erwartungen des Klienten hinterfragt werden. Diese Klärungen sind besonders entscheidend, denn sie bestimmen im weiteren Verlauf die Qualität der Zusammenarbeit zwischen Sozialdienst und Klient.
Danach folgt die **Einschätzung (Assessment),** wobei nicht Krankheiten oder Defizite Gegenstand der Einschätzung sind, sondern die Lebenssituation des Klienten unter Beachtung seiner Ressourcen (Stärken und Schwächen) im Mittelpunkt stehen. Vier Dimensionen[122] helfen die individuelle Lebenslage zu erfassen:

- Lebensgeschichte der Vergangenheit
- Lebensentwurf für die Zukunft (reale Perspektiven)
- soziale Ressourcen (Berufssituation, Freizeitgestaltung, Wohnen, Bildung etc.)
- intra-personelle Disposition und personelle Ressourcen (psychische u. physische Aspekte, medizinische Diagnosen usw.)

Zur Einschätzung der Lebensumstände sind oft mehrere Gespräche mit unterschiedlichen Personen (Klient, Verwandte und Bezugspersonen, Pflege- und Ärztepersonal usw.) notwendig.

Anschließend beginnt die **Planung des weiteren Vorgehens (Planning)**. Es werden Ziele definiert, die mit dem Auftrag des Krankenhauses übereinstimmen, d.h., relevante Probleme sind nur solche, die im Zusammenhang mit der Krankheit oder dem Krankenhausaufenthalt stehen.[123] Bei der Planung wird ein Hilfeplan aufgestellt, in dem bestimmt wird:

- was das zu bearbeitende Problem ist,
- welches Ziel verfolgt wird,
- mit welchen Mitteln und Wegen dieses Ziel erreicht wird,
- wer, welche Aufgaben übernimmt
- und in welchem Zeitraum die geplante Intervention stattfinden soll.

[122] Vgl. Metzger-Paratsch 1996, S. 22
[123] Vgl. Ebenda 1996, S. 23

Die vierte Phase nennt sich die **Koordinierte Durchführung (Intervention)**. Die Hilfen werden so organisiert und koordiniert, dass die geplanten Ziele erreicht werden können. Dabei übernimmt die Kliniksozialarbeit nicht nur die Rolle eines Organisators, sondern versucht sich den individuellen Bedarf des Klienten anzupassen.[124]

Während der Intervention überwacht der Sozialdienst deren Verlauf und dokumentiert ihn. Dabei werden Veränderungen im Behandlungsverlauf beobachtet und die Zielerreichung fortlaufend überprüft. Diese **Kontrolle (Controlling)** ist sehr wichtig, um zu beurteilen, inwieweit die durchgeführte Intervention ihren Zielen gerecht wird.

Die letzte Phase im Case-Management-Prozess setzt sich aus der **Auswertung (Evaluation)** und der **Beendigung (Disengagement)** zusammen. Die Evaluation soll einen Vergleich zwischen der Situation vor der Intervention und danach ermöglichen. Sie dient der Qualitätskontrolle und dem Qualitätsnachweis. Dazu ist Dokumentation während und nach der Intervention notwendig. Alle an der Hilfemaßnahme beteiligten Personen und Institutionen sollen in die Evaluation miteinbezogen werden. Dem Sozialdienst fällt es schwer, die Evaluation im vollen Umfang in der Praxis umzusetzen, weil es ihre hohe Arbeitsbelastung kaum zulässt.
Die im Assessment erhobene Lebenssituation des Klienten wird auf Veränderungen im Hinblick auf die vier Dimensionen überprüft:

- „lebensgeschichtlich: was wurde bisher erreicht?
- lebensperspektivisch: welche Möglichkeiten ergeben sich dadurch?
- umweltbezogen: wie kann die angewandte Hilfe bzw. ihr Ergebnis im Hinblick auf die Umwelt des Patienten/Klienten umgesetzt werden?
- intrapersonal: welche Wege wurden für den Patienten/Klienten beschreitbar?“[125]

Der Beratungs- und Unterstützungsprozess im Krankenhaus ist von Anfang an zeitlich befristet und endet häufig schnell, weil die Verweildauer der Patienten

[124] Vgl. Metzger-Paratsch 1996, S. 24
[125] Ebenda 1996, S. 25

kurz ist. Für den Klienten ist es daher wichtig, dass er schon zu Beginn auf das Ende der Hilfe vorzubereitet wird und der Kontakt zu ihm nicht zu spontan abbricht. Dadurch kann er sich als gleichberechtigter Partner in der Beratung wahrnehmen.[126]

4 Soziale Arbeit im Krankenhaus im Hinblick auf die DRG-Problematik und instrumentellen Hilfen

Die vorherigen Kapitel (2 und 3) haben gezeigt, dass in der Fachliteratur zwei unterschiedliche Sichtweisen auf die Kliniksozialarbeit auftauchen. Die eine Sichtweise beschäftigt sich vor allem mit Idealbeschreibungen der Kliniksozialarbeit. Dadurch versucht man die Professionalisierung der Sozialen Arbeit im Krankenhaus voranzutreiben. Doch demgegenüber stehen die Praxisbeschreibungen, die sich weniger an den Idealen orientieren, sondern eher die Probleme des Arbeitsfeldes in der Realität benennen.
Durch diese konträren Aussagen entsteht auf der einen Seite das Bild einer mit der Medizin und Pflege gleichberechtigten Klinischen Sozialarbeit und auf der anderen Seite wird ausführlich beschrieben, dass die Klinische Sozialarbeit sich den Strukturen im Krankenhaus unterordnet und durch fachfremde Berufsgruppen in seiner Tätigkeit bestimmen lässt. Trotz der über hundertjährigen Tradition der Krankenhaussozialarbeit und der intensiven Tätigkeit der DVSG kann die Sozialarbeit im Krankenhaus ihre Aufgaben nur teilweise ausführen. Die starren Hierarchien und Strukturen im Krankenhaus erschweren die alltägliche Arbeit der Sozialarbeiter.
Der Sozialdienst ist ein relativ kleines System, das sich gegen mächtige Professionen behaupten muss. Gerade hier fehlt es häufig an Kompetenz und Durchsetzungsvermögen.

Dieser Widerspruch zwischen den Idealbeschreibungen und der Realität in der Praxis existiert und soll hier nicht verschwiegen werden. Es ist wichtig, dass sich die DVSG stetig für eine verbesserte Kliniksozialarbeit einsetzt und entsprechende Konzepte (Case-Management, Leistungsbeschreibungen usw.) entwickelt. Doch im Rahmen dieser Diplomarbeit ist es nicht erforderlich die Bemühungen

[126] Vgl. Metzger-Paratsch 1996, S. 26

der DVSG weiter zu verfolgen. Das Hauptanliegen dieser Arbeit gilt den Einsatzmöglichkeiten von spezieller Fachsoftware unter den in der Praxis gegebenen Rahmenbedingungen.

Dazu muss an dieser Stelle eine realistische Idee entwickelt werden, wie die Kliniksozialarbeit unter diesen Bedingungen, vor allem unter den Finanzierungsänderungen im Gesundheitswesen, aussehen kann.
Mit dem DRG-System (Diagnose Related Groups) geht die Ökonomisierung des Gesundheitssystems voran. Dadurch ist das Krankenhaus gezwungen, seine Abläufe wirtschaftlicher zu gestalten. Im Kapitel 2.6 wurden bereits unmittelbare Auswirkungen auf den Kliniksozialarbeiter beschrieben. Diese Ausführungen sollen nun ergänzt werden. Für den Sozialdienst bedeutet das DRG-System Gefahr und Chance zugleich. Die Gefahr liegt darin, dass die individuelle Beratung des Patienten zu kurz kommt, weil sich der Durchlauf der Patienten zu stark erhöht.[127]
Eine Chance für den Sozialdienst könnte sein, dass er zeigen kann, welche Fähigkeiten in ihm verborgen sind, indem er mehr Vernetzungs- und Steuerungsarbeit leistet.
Die Arbeitsbedingungen in der Praxis haben sich durch die DRG's weiter verschärft. Ein Sozialarbeiter arbeitet nur dann erfolgreich, wenn er die Entlassungen möglichst kurzfristig managen kann. Aus diesem Grund müssen der Beratungsumfang und die psychosoziale Betreuung des Patienten, so angelegt sein, dass sich die Liegezeit des Patienten nicht weiter verlängert. Die Lösung dieses Konfliktes liegt aber nicht in der Verminderung oder Minimalisierung der Patientenorientierung. Würde die Kliniksozialarbeit ihren Fokus auf psychosoziale Beratung einbüßen müssen, so wäre anzunehmen, dass sie damit die Grundlage für ihre Daseinsberechtigung verliert. Kliniksozialarbeit gibt es in Deutschland seit Anfang des 20. Jahrhunderts, weil man die Notwenigkeit erkannte, das Patienten in sozialen Fragen beraten werden müssen. In der Fachliteratur wird diese Notwendigkeit der Sozialarbeit heute kaum noch bestritten.[128] Vielerorts ist sogar die Rede vom multiprofessionellen Team im Krankenhaus (Arzt, Pflegepersonal und Sozialarbeiter), das die Patienten berufsübergreifend und ganzheitlich behandeln soll.

[127] Vgl. Gödecker-Geenen 2001, S. 83
[128] Vgl. Reinicke 2001, S. 11

Die psychosoziale Beratung gehört mit zu der Identität der Klinischen Sozialarbeit. Fehlt sie, so können andere fachfremde Berufsgruppen den Sozialdienst ersetzen. Was nützt ein kostenintensiver Sozialarbeiter dem Krankenhaus, wenn er seiner eigentlichen sozialarbeiterischen Tätigkeit aus Zeitgründen nicht mehr nachkommen kann und nur noch administrative Aufgaben erfüllt, die Bürokräfte viel preiswerter erledigen könnten. Der zum Entlassungsmanager umfunktionierte Sozialarbeiter verliert in seiner Arbeit an Wirksamkeit, wenn man davon ausgeht, dass ein gut beratener, informierter und in den Beratungsprozess einbezogener Patient auf Dauer kostengünstiger für das Gesundheitssystem ist.[129] Im Nachfolgenden soll diese recht kritische Argumentation nicht weiter verfolgt werden. Vielmehr stehen die Möglichkeiten für sozialarbeiterische Leistungen unter diesen erschwerten Bedingungen im Vordergrund der Betrachtung. Die Nachfrage nach der Sozialarbeit nimmt unter diesen neuen Entwicklungen nicht ab, sondern verstärkt sich sogar noch nach der Meinung von Gödecker-Geenen und Nau[130], weil durch die DRG's der Bedarf an Beratung zu nachstationärer Hilfe steigt. Früher konnten die Patienten solange im Krankenhaus bleiben, bis sie wieder relativ selbstständig waren, weil erste Rehabilitationsmaßnahmen im Krankenhaus durchgeführt werden konnten. Heutzutage ist das Akutkrankenhaus gezwungen den Patienten sofort nach der Akutbehandlung zu entlassen, sodass immer mehr Patienten viel früher in eine Rehabilitationseinrichtung verlegt werden müssen. Leider sind die komplementären Hilfen im Nachsorgebereich noch nicht ausreichend vorhanden, sodass der höhere Versorgungsbedarf nicht sichergestellt ist. Ein weiterer Grund für den verstärkten Bedarf an Kliniksozialarbeit ist der medizinische Fortschritt. Er führt dazu, dass die Menschen immer älter werden und häufiger ins Krankenhaus kommen, weil sie unter altersbedingten Erkrankungen leiden. Da die älteren Menschen mehr Zeit für die Genesung brauchen als die DRG's es vorschreiben, sind sie in der Regel pflege- und versorgungsbedürftig. Für den Sozialdienst bedeutet diese Entwicklung, dass er sich zunehmend um ältere Patienten kümmern muss. Außerdem gibt es kaum noch familiäre oder nachbarschaftliche Hilfesysteme, die die Menschen nach dem Krankenhausaufenthalt unterstützen. Diese Menschen brauchen genauso Hilfe durch den Kliniksozialarbeiter. Ein letzter Punkt, der zur Nachfrage nach Sozialarbeit im Krankenhaus beiträgt, ist die Unübersichtlichkeit der gesetzlichen Bestimmungen und die

[129] Vgl. Gödecker-Geenen 2001, S. 84
[130] Vgl. Gödecker-Geenen/Nau 2000, S. 1

unterschiedlichen Verfahrenswege bei einzelnen Krankenkassen, Pflegekassen usw.
Die Kliniksozialarbeiter besitzen die fachlichen Fähigkeiten, den Bedarf an Sozialarbeit im Krankenhaus zu decken. Doch sie werden im Krankenhaus häufig nicht entsprechend ihren Möglichkeiten eingesetzt.

Es wird davon ausgegangen, dass Sozialarbeit im Krankenhaus effektiv ist, „ [...] wenn sie neben den ‚instrumentellen' Hilfen vor allem sozial-emotionale Unterstützung leistet und ihre Schnittstellenkompetenz einbringt".[131]
Da die Vermittlungstätigkeit des Sozialarbeiters stark zunimmt, erhöht sich dementsprechend auch der Verwaltungsaufwand um ein Vielfaches. In der Praxis reagiert man darauf nicht mit einer Anpassung des Personalbestandes, sondern man kürzt teilweise sogar Stellen, um Kosten einzusparen.[132] Soziale Arbeit hat einen patientenorientierten Blick und geht auf den individuellen Bedarf des Patienten ein – so lautet zumindestens der professionelle Anspruch. Wie kann man die Patientenorientierung unter dem steigenden Kostendruck angemessen absichern? Diese Frage soll in einem späteren Kapitel (6) präziser beantwortet werden. Momentan soll nur betont werden, dass die mit dem DRG's veränderten Rahmenbedingungen Auswirkungen auf die Kliniksozialarbeit haben, die durch neue Ansätze bezüglich des IT-Einsatzes weniger problembelastet sein können.
Zum besseren Überblick werden die aktuellen Konfliktpunkte im Hinblick auf das DRG-System zusammengefasst:

- Vermittlungsleistungen (nachstationäre Hilfen) nehmen zu
- Bedeutung des interdisziplinären Teams nimmt zu /muss verbessert werden
- Kooperation mit externen Partnern wächst / muss ausgebaut werden
- Versorgungsdefizit (fehlende komplementäre Angebote) muss durch geeignete Strategien überbrückt werden
- Zeitdruck wächst / Planung muss exakter werden
- Beratungsleistung muss nach individuellem Bedarf des Patienten erbracht werden

[131] Seelhorst 2003, S. 26
[132] Vgl. DVSK 2000b, S. 4f.

- Behandlung muss nahtloser ablaufen (Ende des Krankenhausaufenthalts --> sofort Rehabilitations-/Pflegeplatz)
- Interessen der Patienten und Angehörigen müssen gewahrt werden
- Interessen des Krankenhauses müssen gewahrt werden
- Kliniksozialarbeit darf sich nicht entfremden und instrumentalisieren lassen
- (usw.)

Man darf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens nicht generell verurteilen. Die ist auch nicht Thema der vorliegenden Diplomarbeit. Die Rahmenbedingungen müssen in ihrer Form als gegeben hingenommen werden. Sie legen in groben Zügen Möglichkeiten und Grenzen für die Kliniksozialarbeit fest. Bei einigen Rahmenbedingungen ist der Einfluss der Kliniksozialarbeiter durch ihren Fachverband größer, bei anderen weniger ausgeprägt. Wenn die Kliniksozialarbeit als Spezialgebiet der Sozialen Arbeit weiter existieren will, muss sie kontinuierlich ihre Bereitschaft und ihre Fähigkeit zur Versöhnung mit den Neuentwicklungen auf dem Gesundheitssektor unter Beweis stellen. Der Klinischen Sozialarbeit kann es durch den Einsatz von geeigneten Instrumenten (Software, Internet usw.) gelingen, das Patientenwohl und die Ökonomie gleichermaßen zu vertreten.

Diese Arbeit soll dazu beitragen die Frage zu beantworten, wie man mit Software-Einsatz und der Hinzuziehung anderer Medien (Internet und Intranet) den erhöhten Verwaltungsaufwand besser bewältigen, die Kooperation des interdisziplinären Teams und die Kooperation mit externen Partnern verbessern kann, um dem professionellen Anspruch der Kliniksozialarbeit weiterhin gerecht zu sein.

5 Analyse einzelner Tätigkeiten der Sozialarbeiter im Krankenhaus

Viele Arbeitsprozesse der Kliniksozialarbeit wiederholen sich regelmäßig und sind mit aufwendigen administrativen Aufgaben begleitet. Will man Kriterien für einen Software-Einsatz im Krankenhaussozialdienst entwickeln, so ist eine Analyse der Arbeitsprozesse erforderlich. Die Gestaltung der Prozesse muss reflektiert werden, damit nur effiziente und optimierte Prozesse später in der Software abgebildet werden. Die Abläufe von zwei exemplarisch dargestellten Schwerpunkten in der Kliniksozialarbeit werden in diesem Kapitel untersucht: die Einleitung einer Anschlussrehabilitation und die Einleitung einer stationären Hilfe bei Pflegebedürftigkeit. Da es Unterschiede zwischen den schriftlich festgehaltenen Standards der DVSK und der Ausführung in der Praxis gibt, werden im Folgenden beide Betrachtungsweisen der Arbeitsprozesse vorgestellt. Zur Analyse der Tätigkeiten wird eine grafische Flowchart-Darstellung verwendet. Die abgebildeten Arbeitsabläufe sollen anschließend eine Grundlage für die funktionellen Erfordernisse einer Software für den Krankenhaussozialdienst schaffen.

5.1 Beschreibung der DVSK-Standards

Nau hat in Zusammenarbeit mit vielen Sozialarbeitern in niedersächsischen Kliniken spezifische Merkmale und Inhalte der wiederkehrenden Leistungen in einem Leistungskatalog zusammengetragen. Aufgrund der Vielfalt des Leistungsspektrums der Kliniksozialarbeit beschränkt sich dieser Abschnitt auf die Beschreibung von zwei in der Praxis häufig vorkommenden Leistungen. Die Leistungen sollen zum Zweck der Transparenz auf einzelne Bausteine reduziert dargestellt werden. Die methodische Grundlage für das Arbeiten des Kliniksozialdienstes ist, wie in Kapitel 3 schon genauer beschrieben wurde, das Case-Management. Dieses Konzept bildet den Rahmen für die Ausführung der einzelnen Leistungen.

5.1.1 Anschlussrehabilitation

Bei der Anschlussrehabilitation findet eine Information, Beratung und Organisation einer ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme unter Berücksichtigung des Patientenwunsches statt.[133] Die Beratung zu Rehabilitation im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt ist eine vorrangige Aufgabe des Kliniksozialdienstes. Sie weist einen ausgiebigen administrativen Charakter auf.
Nach dem Casemanagement-Konzept gliedert sich der Beratungsverlauf in sechs Phasen, die Nau[134] folgendermaßen beschreibt:

1. Engagement

Zuerst wird der Sozialarbeiter vom behandelnden Arzt informiert, dass bei einem Patienten eine Rehabilitation eingeleitet werden soll. Informationen über den Beratungsbedarf (u.a. Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsmöglichkeit) werden zusammengetragen. Eine Übergabe mit den Ärzten sollte erfolgen, damit der anstehende Entlassungstermin bekannt ist und eine Differenzierung der Rehabilitationsmaßnahme (geriatrische Rehabilitation, Anschlussheilbehandlung oder Frührehabilitation) stattfinden kann.
Besteht aufgrund der zusammengetragenen Informationen ein Beratungsbedarf, so wird mit dem Patienten Kontakt aufgenommen. Ist der Arzt der Initiator der Rehabilitation gewesen, so wird der Patient bereits über den Besuch des Sozialarbeiters informiert sein. Der Sozialarbeiter verweist auf die Einschätzung des Arztes, dass eine Rehabilitation medizinisch notwendig ist und hört sich Fragen und persönliche Erfahrungen des Patienten gezielt an. Bevor sich der Patient mit der Rehabilitationsthematik bewusst auseinander setzen kann, müssen zunächst die Probleme geklärt werden, die für ihn momentan vordergründig sind. Dabei muss der Sozialarbeiter aktiv zuhören, damit der Patient Zeit bekommt seine Gefühle zu äußern. Dies schafft optimale Bedingungen für eine gelingende Rehabilitation.

[133] Vgl. DVSK 2003d, S. 52
[134] Vgl. Nau 2004, S. 1

2. Assessment

Die Situation wird unter der Berücksichtigung aller mit der Rehabilitation im Zusammenhang stehenden Aspekte (patientenbezogen, medizinisch/pflegerisch und Rahmenbedingungen) eingeschätzt. Konkret bedeutet dies, dass der medizinisch begründete Bedarf abgeklärt und ein Leistungsangebot des Kostenträgers eingeholt wird.
Ziel sollte sein, dass der Patient die Maßnahme mitträgt, d.h. auch, dass er sich gegen eine Rehabilitation entscheiden kann.

3. Planning

Sofern der Patient mit der Einleitung einer AHB einverstanden ist, werden die Hilfen abgestimmt. Patienten haben häufig eine unklare Vorstellung von einer Rehabilitation und müssen auf die Maßnahme vorbereitet und motiviert werden. Der Patient muss wissen, was ihn als Rehabilitand erwartet und welche Leistungen er bekommt. Unrealistische Erwartungen müssen von Anfang an revidiert werden. Nur so kann er sich für eine Rehabilitationsmaßnahme entscheiden und später aktiv an seiner Genesung mitwirken.
Die Einleitung der Rehabilitation ist mit einem hohen administrativen Aufwand verbunden und kostet Zeit. Wichtig ist es deshalb die Verantwortung der Kostenträger zu unterstreichen.
Weitere Fragestellungen für die Hilfeplanung ergeben sich aus:

- dem Informationsbedarf des Patienten
- dem Kostenträger der Maßnahme
- der Vorbereitung der Antragsformulare
- der Planung einzelner Schritte (Wer macht was?)
- usw.

4. Intervention

Die im Hilfeplan vereinbarten Schritte werden durchgeführt. Der Patient wird in seiner Rehabilitationsmotivation gestärkt und gezielt auf den Ablauf in der Rehaklinik vorbereitet. Der Kostenträger wird durch entsprechende Abklärung er-

mittelt. Außerdem wird ein Aufnahmetermin mit dem Arzt festgelegt und wenn möglich mit der ausgewählten Klinik abgestimmt. Eine Klärung der Kostenübernahme erfolgt durch die Antragsstellung mit dem Patienten. Das ärztliche Attest wird beim Arzt in Auftrag gegeben.

5. Controlling

Eine Vielzahl von nicht beeinflussbaren Variablen (z.B. Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Rehaklinik hat kein Bett frei, ärztliche Unterlagen fehlen etc.) bestimmen den Erfolg bei der Einleitung der Rehamaßnahme, sodass eine stetige Kontrolle des Hilfeplans unabdingbar ist. Ein ständiger Austausch zwischen Patient, Arzt, Sozialarbeiter, Kostenträger und Leistungserbringer ist erforderlich.

6. Evaluation

In der Beratung zur Einleitung einer Rehabilitation sind zahlreiche Tätigkeiten für den Sozialarbeiter versteckt, die Außenstehende kaum wahrnehmen. „Außenstehende sehen nur das Ergebnis und das heißt: Die AHB ist eingeleitet. Der Patient kann am Tag X in die Klinik Y. Der Weg bis zu dieser Lösung bleibt verborgen.“[135]

Die einzelnen Schritte werden im Verlauf des Beratungsprozesses dokumentiert. Die Dokumentation ist für den Sozialarbeiter in zweierlei Hinsicht wichtig. Einerseits sichert sich der Sozialarbeiter ab, für den Fall, dass Unterlagen beim Kostenträger nicht eingegangen sind und andererseits macht er seine Leistung transparent für andere. Eine Reflexion ist Voraussetzung für die Auswertung der Hilfeplanung.

[135] Nau 2004a, S.8

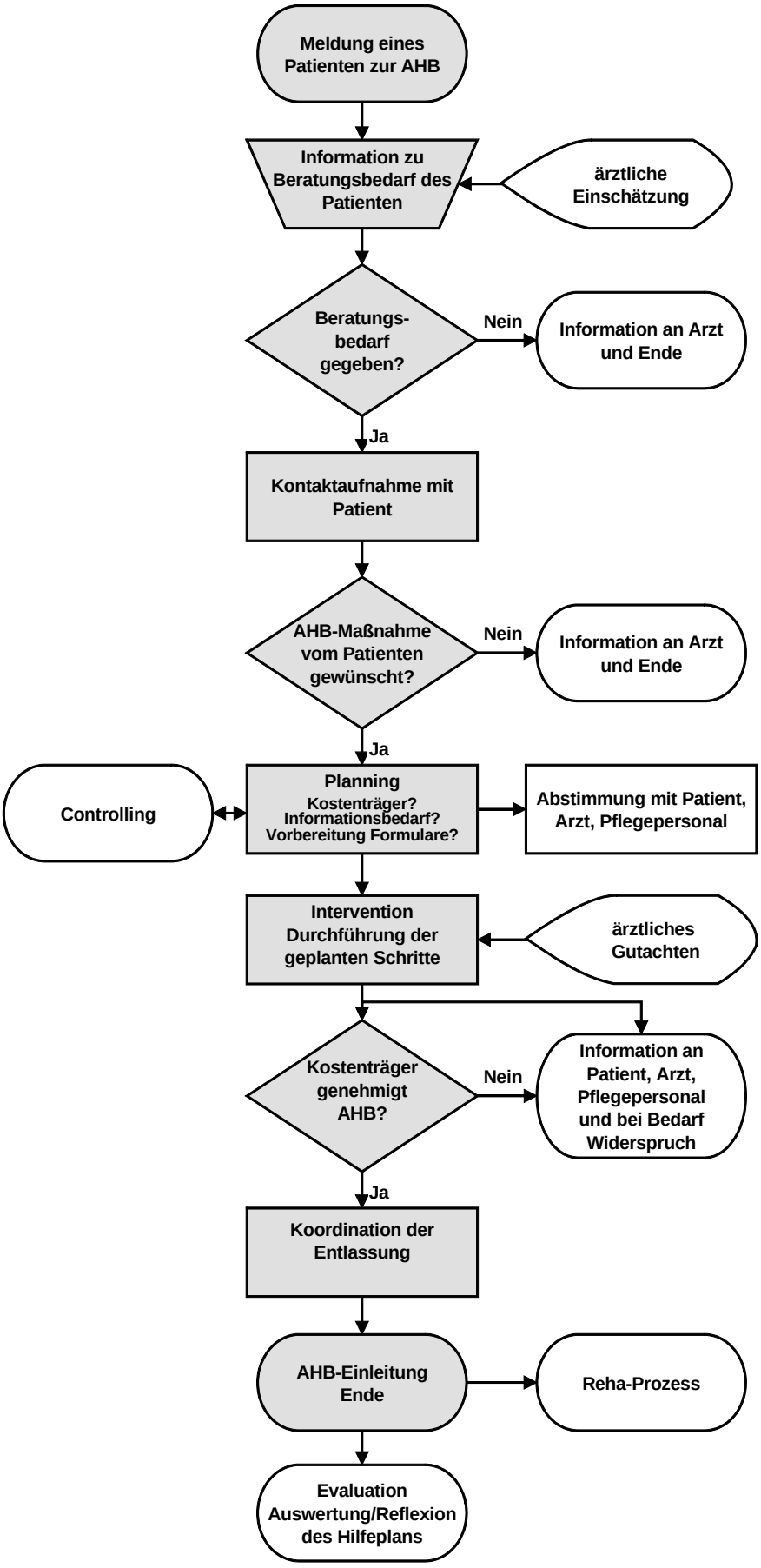


Abbildung 4 AHB-Einleitung nach DVSK-Standard (siehe 5.1.1) (Quelle: Eigene Darstellung)

5.1.2 Stationäre Hilfen bei Pflegebedürftigkeit

Es handelt sich hierbei um Information, Beratung und Organisation der Unterbringung in einer anerkannten stationären Pflegeeinrichtung unter Beachtung des Patientenwunsches.[136] Gerade diese Aufgabe der Krankenhaussozialarbeit wächst in der Praxis stetig an. In den Industrieländern werden die Menschen immer älter, sodass es seit Langem schon mehr alte Menschen als junge Menschen gibt. Die Lebenserwartung ist steigend. Ein heute geborenes Mädchen wird im Durchschnitt 81,3 Jahre und ein Junge 75,6 Jahre alt.[137] Dadurch nimmt der Anteil von altersbedingten und dementen Erkrankungen zu. Krankenhäuser sind von dieser Entwicklung ebenso betroffen, denn alte Menschen werden in der Regel häufiger krank und können oft nur behandelt und nicht geheilt werden. Die Grenzen der Behandelbarkeit werden durch die Vorgaben der Krankenkassen rasch erreicht, sodass das Krankenhaus sich bemüht diese Patienten wieder zu entlassen. Die Klinische Sozialarbeit hat sich dann um die Entlassung der problematischen Patienten zu kümmern. Es ist anzunehmen, dass der Sozialdienst in Zukunft immer mehr solcher Hilfen leisten muss. Dadurch wird er für seine anderen Aufgaben weniger Zeit haben, wenn nicht entsprechende Gegenmaßnahmen, wie z.B. Software-Einsatz, getroffen werden.

Nau[138] beschreibt den Ablauf der stationären Hilfe bei Pflegebedürftigkeit anhand des Casemanagement-Konzeptes:

1. Engagement

Dem Sozialdienst wird der Bedarf an nachstationäre Versorgung und Pflege durch das Stationspersonal oder durch den Arzt gemeldet. Wie die nachstationäre Versorgung erfolgen muss, entscheidet sich meist später, wenn die familiären und sozialen Ressourcen bekannt sind. Ansprechpartner des Sozialdienstes sind vor allem der Betroffene selbst, insofern er ansprechbar und nicht zu schwer krank ist, sowie die Angehörigen. Die Kontaktaufnahme zu den betreffenden Personen sollte über den Arzt und erst nach Aufklärung über die Prognose erfolgen. Eine Bera-

[136] Vgl. Nau 2003d, S. 48
[137] Vgl. Statistisches Bundesamt 2004
[138] Vgl. Nau 2004b, S. 1

Beratung ist nur möglich, wenn der Arzt den Patienten und seine Angehörigen über die Pflegebedürftigkeit informiert hat.

2. Assessment

Nach der Meldung ist der Patient persönlich aufzusuchen, damit man einen Eindruck von seinem Zustand erhält. Soweit die Möglichkeit besteht, sollte mit dem Patienten die weitere Versorgung besprochen werden. Ansonsten, wenn ein Gespräch mit dem Patienten kaum möglich ist, sollte ihm mitgeteilt werden, dass seine Angehörigen über die bestehenden Möglichkeiten beraten werden.
Die Wünsche des Patienten sollten durch den Sozialdienst in der Beratung der Angehörigen angemessen vertreten werden, um ihn nicht zu übergehen.
Die Familie des Betroffenen spielt in der Frage der weiteren Versorgung eine besondere Rolle. Das Beziehungsgeflecht kann über die Art der Versorgung entscheiden. Familienangehörige fühlen sich sehr oft zur Pflege verpflichtet und übersehen die starken Belastungen. Manchmal ist die Beziehung zum Angehörigen einfach zu schwierig, dadurch ist eine familiäre Versorgung nicht möglich.
Die wichtigste Frage in der Beratung ist, wie die Familie die Situation einschätzt. Dabei müssen sich die Angehörigen auch mit unangenehmen Themen wie z.B. die Hilflosigkeit, geistiger und körperlicher Abbau der Mutter oder Vater auseinander setzen.
Aufgabe des Sozialarbeiters ist es nun die Sichtweisen des Betroffenen und der Angehörigen einzubeziehen. Außerdem muss der Bedarf der Pflege festgestellt und nach einer geeigneten Versorgungsmöglichkeit gesucht werden.

3. Planning

Wenn die Einschätzung aller relevanten Aspekte ergibt, dass stationäre Hilfe notwendig ist, müssen die folgenden Hilfen abgestimmt werden. Dazu werden Patient und Angehörige über die Herangehensweise bei einer Heimaufnahme informiert. Es erfolgen des Weiteren Absprachen, wer was klärt, in welcher Einrichtung eine Aufnahme stattfinden soll und wann Rücksprache gehalten wird.

4. Intervention

Die Durchführung gliedert sich in der Regel in drei Phasen:

1. Auseinandersetzung mit der Pflegebedürftigkeit sowohl beim Patienten als auch bei den Angehörigen und Bewältigung der damit verknüpften Fragen

Der betroffene Patient braucht in besonderer Weise Hilfe und Unterstützung. Er wird nicht nur mit seiner Hilfebedürftigkeit konfrontiert, sondern muss sich mit dem Verlust seiner vertrauten Umgebung abfinden. Viele reagieren darauf mit einer lethargischen Haltung. Sie haben das Gefühl, dass ihr Leben den Sinn verloren hat.
Es ist wichtig auf diese Problematik einzugehen und dem Betroffenen Zeit zu geben, seine Gedanken zu äußern.

Die Angehörigen sind von der Pflegebedürftigkeit ebenso betroffen. Auch sie brauchen Hilfe, um die Situation bewältigen zu können. In der Beratung muss die Frage, wie die Angehörigen die Situation erleben, daher besprochen werden.

2. Inhaltliche Information und Beratung

Die Angehörigen sind die Personen, die handeln können, deshalb werden sie über alle Möglichkeiten einer Versorgung (ambulant wie stationär) informiert. Ist der Patient alleinstehend, so wird soweit möglich das Vorgehen mit ihm abgesprochen. Der Sozialarbeiter handelt dann im Auftrag des Patienten. Kann der Patient aufgrund seiner Verfassung die Zusammenhänge nicht verstehen und deshalb kein Einverständnis geben, so muss eine rechtliche Betreuung beim Amtsgericht angeregt werden.

3. Einleitung der Hilfen, um die Entlassung zu ermöglichen

Die in der Hilfeplanung festgelegten Schritte zur Entlassung werden ausgeführt. Der Sozialarbeiter kann dabei nach Absprache folgende Aufgaben übernehmen:

- Ausfüllen des Anmeldebogens für die Verlegung in ein Heim mit Patienten/Angehörigen
- Ärztliches Zeugnis in Auftrag geben
- Versendung von Unterlagen
- Antragsstellung bei Pflegeversicherung / Sozialhilfeträger
- Besichtigung des Heimes mit Patienten
- Nachfragen bei Heimen, wann Aufnahme erfolgen kann
- Weitere Aufgaben, die zur Vorbereitung einer Verlegung zu erledigen sind (z.B. Vollmachten, Hilfen zur Auflösung der Wohnung etc.)

Eine Aufteilung der Aufgaben auf Sozialarbeiter und Angehörige ist unbedingt notwendig, weil der Sozialarbeiter einerseits nicht alles für die Angehörigen regeln kann und die Angehörigen anderseits häufig mit der Situation auch stark überfordert sind und Hilfe brauchen. Aus diesem Grund ist eine stetige Absprache für die Beratung von großer Bedeutung.

4. Controlling

Die Voraussetzungen und das Vorgehen müssen kontinuierlich geprüft werden, weil sich die Ausgangssituation recht häufig ändern kann (z.B. Veränderung des Pflegeumfangs, des Entlassungsplans, der Familienentscheidung usw.) Dazu ist ein regelmäßiger Austausch mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie mit dem Pflege- uns Ärztepersonal unumgänglich.

5. Evaluation

Wenn alle Voraussetzungen für die Aufnahme in ein Pflegeheim geschaffen sind, sollte der Hilfeprozess beurteilt werden.

Die Auswertung des Hilfeplans orientiert sich an folgenden Fragen:

- Ist der Patient über alles ausreichend informiert?
- Sind alle Voraussetzungen für eine Entlassung geschaffen?
- Sind die Angehörigen mit dem Vorgehen einverstanden?
- Brauchen die Angehörigen noch weitere Informationen?
- Ist die Entlassung mit allen beteiligten Personen abgesprochen?

Während des gesamten Beratungsprozesses erfolgt eine regelmäßige Dokumentation, in der auch abschließend alle Ergebnisse festgehalten werden.

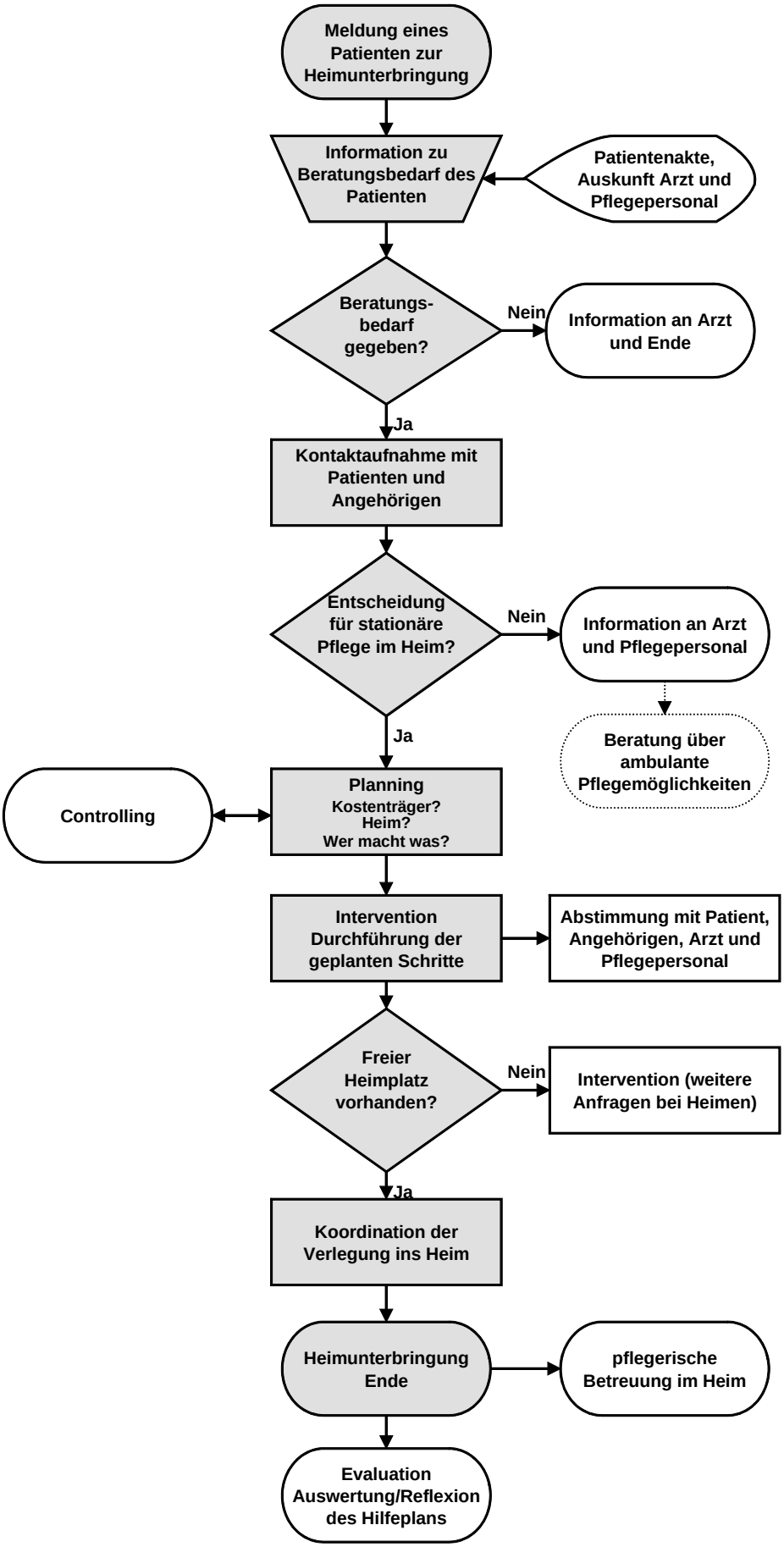


Abbildung 5 Heimunterbringung nach DVSK-Standard (5.1.2) (Quelle: Eigene Darstellung)

5.2 Beschreibung des Ist-Zustandes in der Praxis

Die DVSK beschreibt mit ihren Casemanagement-Konzept eine Modellvorstellung. Sie entwickelt für die Beratungsvorgänge einen idealisierten Ablauf, der für die Qualitätsbeurteilung des Kliniksozialdienstes sicherlich notwendig ist, aber im Berufsalltag aufgrund seines Umfangs weniger praktikabel ist. In Kapitel 2.7.2 wurde bereits dargestellt, dass ein Großteil der Sozialarbeiter mehr Patienten zu versorgen hat, als es die DVSK in ihren Richtlinien empfiehlt. Die Standards für die Beratung gehen aber von der empfohlenen personellen Ausstattung aus, sodass es zu einer Diskrepanz zwischen Leistungsbeschreibung (Machbarkeit) und Realität (Ausführbarkeit) kommt.
Der Casemanagement-Prozess verläuft in der Praxis sehr gerafft und unvollständig ab. Der Sozialarbeiter hat einerseits eine „Feuerwehrfunktion“[139]. Ihm bleibt gar keine Zeit, Informationen zu sammeln und eine Gesprächsbasis zum Patienten aufzubauen. Andererseits hat er es mit vielen Patienten zu tun, sodass sich die ohnehin schon viel zu kurze Zeit für jeden einzelnen Patienten weiter reduziert. Durch die Gegebenheiten des Gesundheitssystems (z.B. immer kürzer werdende Liegezeiten der Patienten) ist der Kliniksozialarbeiter gezwungen, für die Ärzte die Betten-frei-zu-machen und ad hoc zu handeln. Dabei werden nicht alle relevanten Aspekte einer Beratung nach dem Casemanagement-Konzept berücksichtigt. Der Kontakt zu den Patienten ist einfach zu kurz dafür.

Im folgenden Teil soll die Tätigkeit der Kliniksozialarbeiter anhand der unter 5.1.1 und 5.1.2 beispielhaft dargestellten Beratungstätigkeiten nach DVSK-Standards mit ihrem realen Ablauf in der Praxis aufgezeigt werden. Dazu wird die Arbeitsweise von vier Sozialarbeitern (nur auf den somatischen Arbeitsbereich beschränkt) im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum in Neubrandenburg näher betrachtet. Die Beobachtungen wurden während eines Praxissemesters im Sozialdienst des Krankenhauses gemacht. Sie werden nachfolgend zur Vereinfachung generalisiert und am Beispiel der zwei genannten Beratungstätigkeiten erörtert.

[139] Hillers 1994 S. 53

5.1.2 Einleitung einer Anschlussheilbehandlung (AHB) in der Praxis

Eine realitätsnahe Einleitung einer AHB-Maßnahme gestaltet sich folgendermaßen:

1. Meldung des Patienten

Der Arzt erteilt einer Krankenschwester den Auftrag, einen Patienten für eine AHB an den Sozialarbeiter zu melden. Die AHB soll in wenigen Tagen beginnen, damit der Patient entlassen werden kann. Der Sozialdienst wird telefonisch informiert und erfährt Station und Patientenname.

2. **Informationsbeschaffung**

Nach der Meldung begibt sich der Sozialarbeiter auf die entsprechende Station und versucht die nötigsten Angaben der Patientenakte zu entnehmen, um den zuständigen Kostenträger (z.B. Krankenkasse, LVA, BfA usw.) für eine mögliche AHB zu ermitteln. Die Patientendaten dokumentiert er in einem Arbeitsbuch im A5-Format. Um nicht alles handschriftlich notieren zu müssen, klebt er ein Patientenetikett mit Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse und Versicherungsnummer in sein Arbeitsbuch. Er muss dann nur noch Station, Zimmernummer, Diagnose, Angehörige und den behandelnden Arzt vermerken. Außerdem versucht der Sozialarbeiter, den wahrscheinlichen Entlassungstermin zu erkunden. Ist in der Patientenakte nichts vermerkt, so muss beim behandelnden Arzt oder Stationspersonal nachgefragt werden.
Oftmals werden vom Sozialarbeiter mehrere Patientenmeldungen gesammelt, damit die Wege zu den Stationen nicht unnötigt viel Zeit in Anspruch nehmen und er alle Stationen auf einmal abgehen kann. Die zurückzulegenden Wege sind nicht unerheblich, wenn man bedenkt, dass die Sozialarbeiter stationsübergreifend tätig sind und ihre Büros sich in der Regel nicht in unmittelbarer Nähe ihrer Zuständigkeitsbereiche befinden.

3. **Ermittlung des Kostenträgers**

Nachdem die Grunddaten des Patienten erhoben sind, wird im Büro der zuständige Kostenträger ermittelt. Dazu muss bekannt sein, ob der Patient Rentner oder Arbeitnehmer ist. Diese Information enthält das Patientenklebchen (Patientenetikett) in entsprechender Abkürzung (z.B. Ren für Rentner). Handelt es sich bei dem Patienten um einen Arbeitnehmer, so ist der Kostenträger ein Rentenversicherungsträger, d.h., bei dem Patienten oder der Krankenkasse muss nach Möglichkeit die Rentenversicherungsnummer erfragt werden. Zum Großteil gestaltet sich dabei die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen sehr gut, obwohl es sich hierbei um Angaben handelt, die unter den Datenschutz fallen.
Ist der Patient Rentner, so wird seine Krankenkasse Ansprechpartner für die Kostenübernahme der Rehabilitation. Nur bei Tumorerkrankungen liegt eine Ausnahme vor. Tumorpatienten erhalten ihre Rehabilitation immer durch den Rentenversicherungsträger. Der Rentenversicherungsnummer (bei Arbeitnehmer) oder der Krankenkasse (bei Rentner) entsprechend wird der Antrag für die AHB handschriftlich vorgearbeitet, d.h., alle bekannten Daten des Patienten werden so weit möglich in den Antrag eingefügt.

4. **Gespräch mit dem Patienten**

Danach sucht der Sozialarbeiter den Patienten im Krankenzimmer auf und führt ein kurzes Gespräch über die Rehabilitationsempfehlung des Arztes und den Kostenträger sowie über den Ablauf des Antragsverfahrens.
Je nach Entscheidung des Patienten für oder gegen eine Rehabilitation wird entweder der Antrag mit dem Patienten zusammen vervollständigt oder der vorgeschriebene Antrag wird verworfen. Eventuelle Fragen des Patienten zu der Rehabilitation werden eilig beantwortet, denn es ist nicht der einzige Patient, der eine AHB bekommen soll.
Ziel ist es, dass der Patient möglichst schnell und ohne Umschweife seine Entscheidung für oder gegen die Rehabilitation trifft.
Das Ergebnis des Gespräches wird kurz in das Arbeitsbuch und in die Patientenakte eingetragen.

5. Antragsstellung

Hat sich der Patient für eine Rehabilitation ausgesprochen, so wird dem behandelnden Arzt der Vordruck für das ärztliche Attest zum Ausfüllen ins Fach gelegt. In den nächsten Tagen erfolgen mehrere Anfragen des Sozialarbeiters, ob das ärztliche Attest geschrieben ist, denn ohne dem kann keine Kostenklärung erfolgen. Meist fragt der Arzt nach ein bis zwei Tagen, ob es einen Rehatermin gibt. Der Patient soll endlich entlassen werden. Doch ohne die Fertigstellung des Attestes gibt es keine Kostenzusage, also auch noch keinen Rehatermin.
Ist der Antrag komplett, so kann er zum zuständigen Kostenträger gefaxt werden. Dabei muss beachtet werden, dass es je nach Kostenträger unterschiedliche Verfahrensweisen gibt. Bei einigen Kostenträgern kann man im Vorfeld mit dem Patienten eine Rehabilitationsklinik bestimmen und einen Termin mit der Einrichtung absprechen. Das Original des Antrags wird per Post abgeschickt. Eine Kopie verbleibt beim Sozialdienst und wird vor Entlassung in die Patientenakte eingeheftet.

6. Information des Patienten / des Arztes /des Stationspersonals

Je nach Kostenträger dauert es einige Tage bis zu Wochen, ehe der Bescheid kommt. Ist der Patient noch stationär im Krankenhaus, so wird ihm und dem Stationspersonal/Ärztepersonal die Entscheidung des Kostenträgers mitgeteilt und in die Patientenakte eingetragen. Seine Verlegung in die Rehabilitationseinrichtung kann dann vorbereitet werden. In jedem Fall bekommt der Patient eine schriftliche Mitteilung vom Kostenträger nach Hause.
Der Sozialarbeiter dokumentiert in seinem Arbeitsbuch die Entscheidung des Kostenträgers und schließt damit den Fall ab. Viele Sozialarbeiter streichen dazu das Patientenetikett mit einem Schrägstrich durch, um sich zu veranschaulichen, dass eine Bearbeitung bereits stattgefunden hat.

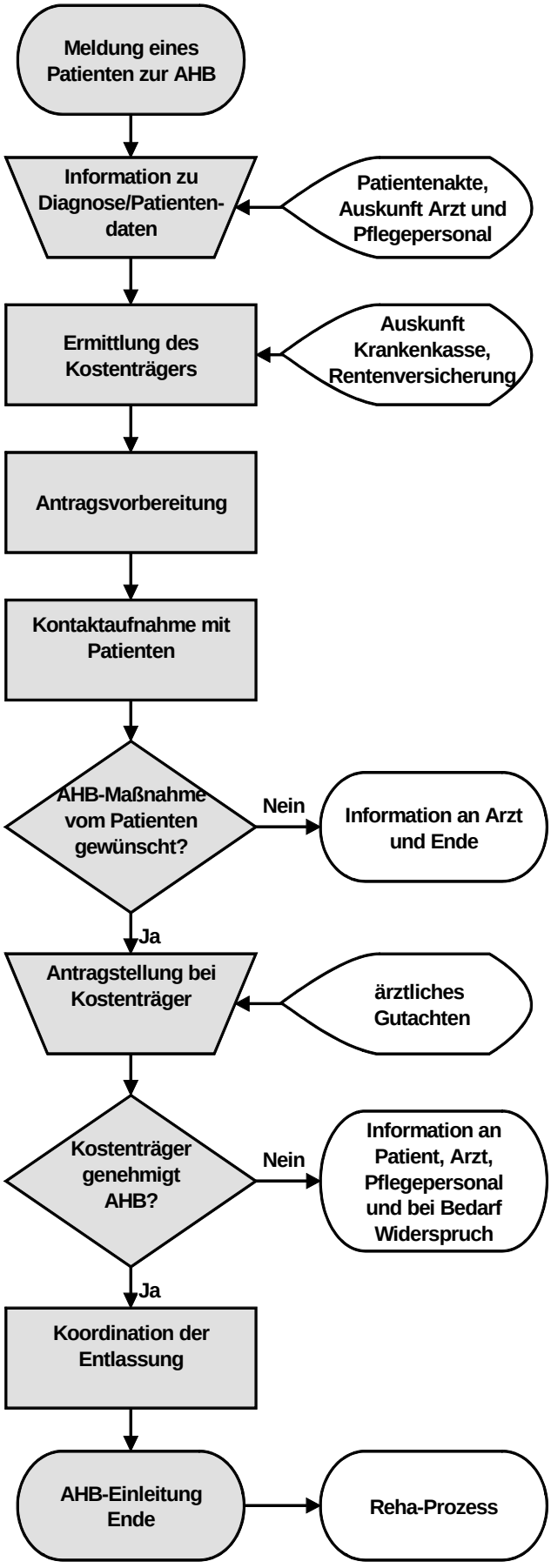


Abb. 6 AHB-Einleitung in der Praxis (siehe 5.2.1) (Quelle: Eigene Darstellung)

5.2.2 Suche nach einem Heimplatz für pflegebedürftigen Patienten

Laut DVSK müsste dieser Punkt „Stationäre Hilfen bei Pflegebedürftigkeit“ heißen. Doch an dieser Stelle soll auf die erwähnte Bezeichnung verzichtet werden, um schon im vorab Unterschiede zu den DVSK-Standards anzukündigen.

1. Meldung des Patienten

Es gibt zwei Möglichkeiten für die Meldung des Patienten. Entweder kommt der Auftrag zur Versorgung eines Patienten mit Heimplatz vom Stationspersonal (einschließlich Ärzte) oder die Angehörigen melden sich eigenständig oder auf Anraten des Arztes oder des Pflegepersonals direkt beim Sozialarbeiter. Wünschen die Angehörigen ein Gespräch, was meistens der Fall ist, so wird ein Termin mit ihnen vereinbart.

2. Informationsbeschaffung

Der Sozialarbeiter geht auf die Station, wo der Patient liegt und holt sich das Patientenklebchen (Patientenetikett) mit den Grunddaten für sein Arbeitsbuch aus der Patientenakte. Darüber hinaus versucht er durch Nachfragen beim Ärzte- und Pflegepersonal zu erforschen, wie sich die momentane Situation des Patienten darstellt und wann eine Entlassung ansteht. Eine weitere sehr wichtige Information für den Sozialarbeiter ist das Vorhanden- oder Nichtvorhandensein einer Pflegestufe. Dazu ist wieder die Zusammenarbeit mit der entsprechenden Krankenkasse sinnvoll. Diese kann Auskunft darüber geben, ob eine Pflegestufe vorhanden ist.

3. **Gespräch mit dem Patienten**

Im Anschluss daran besucht der Sozialarbeiter den Patienten im Zimmer und bespricht mit ihm, wenn möglich, seine Perspektiven und Wünsche (Kann er sich eine Heimaufnahme vorstellen? Ist seine Familie eventuell bereit und in der Lage ihn in der Häuslichkeit zu pflegen? etc.). Der Sozialarbeiter versucht sich dabei, ein Bild vom Patienten zu machen. Seine Erkenntnisse dokumentiert er in seinem

Arbeitsbuch. Mit dem Patienten wird eine Miteinbeziehung der Angehörigen abgesprochen.

4. Gespräch mit den Angehörigen (und Patient)

Sind die Angehörigen bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht involviert worden, so wird ihnen ein Gesprächstermin angeboten. Je nach Möglichkeiten und Wünschen aller Beteiligten ist ein gemeinsames Gespräch vorzuziehen, d.h., der betroffene Patient selbst sollte auch anwesend sein.
In der Beratung werden die unterschiedlichen Versorgungslösungen besprochen, dabei hängt es im wesentlichen von der Grundhaltung der Angehörigen ab, wie stark die einzelnen Themen intensiviert werden. Stehen die Angehörigen einer Heimaufnahme eher ablehnend gegenüber, so wird der Sozialarbeiter versuchen ihre Wünsche und Vorstellungen zu ergründen. Letztendlich stehen zwei Entscheidungsvarianten zur Verfügung: die Entlassung in die Häuslichkeit unter Bereitstellung spezieller Hilfen (z.B. ambulanter Pflegedienst, Tagesbetreuung, Betreuung durch Angehörige usw.) oder eine Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung (z.B. Heim).

Im weiteren soll zur Vereinfachung davonausgegangen werden, dass sich Angehörige und Patient für eine Heimaufnahme ausgesprochen haben.
Der Sozialarbeiter legt mit den Angehörigen und Patienten das notwendige Vorgehen fest. Zuerst muss ein Heimplatz gesucht werden. Dies gestaltet sich in der Regel schwierig, weil die Nachfrage nach Heimplätzen größer ist als das Angebot. Mit den Angehörigen wird vereinbart, ob sie sich selbst um einen Heimplatz kümmern wollen oder der Sozialdienst sie dabei unterstützen soll. Oft ist es sinnvoll, wenn der Sozialarbeiter den Angehörigen bei der Heimplatzsuche behilflich ist. Durch die zahlreichen Kontakte des Sozialarbeiters zu den Heimen wächst die Wahrscheinlichkeit einer relativ schnellen Aufnahme. Es gibt sogar Heime, die freie Plätze an den Krankenhaussozialdienst melden. Dadurch kann der Patient schneller entlassen werden.
Der Sozialarbeiter hält alle wichtigen Gesprächsinhalte in seinem Arbeitsbuch fest.

5. Antragsstellung

Parallel zur Heimplatzsuche müssen die formalen Bedingungen für eine Heimaufnahme erfüllt werden. Dabei geht es in erster Linie um die Kostenübernahme für die Pflege, d.h., es muss eine Pflegestufe für vollstationäre Pflege beim Kostenträger (Pflegekasse) beantragt werden. In der Regel übernimmt der Sozialarbeiter diese Aufgabe. Außerdem braucht das Heim ein aktuelles ärztliches Attest. Diese holt der Sozialdienst vom behandelnden Arzt ein. Alle wesentlichen Arbeitsschritte dokumentiert der Sozialarbeiter in seinem Arbeitsbuch.

6. Information aller Beteiligten

Ist ein Heimplatz gefunden, so werden die Angehörigen informiert und gebeten alles Weitere mit dem Heim zu regeln (z.B. Heimvertrag).
Ärzte und Pflegekräfte werden über die Aufnahmemöglichkeit im Heim informiert. Außerdem wird mit allen Beteiligten ein Verlegungstermin abgestimmt.

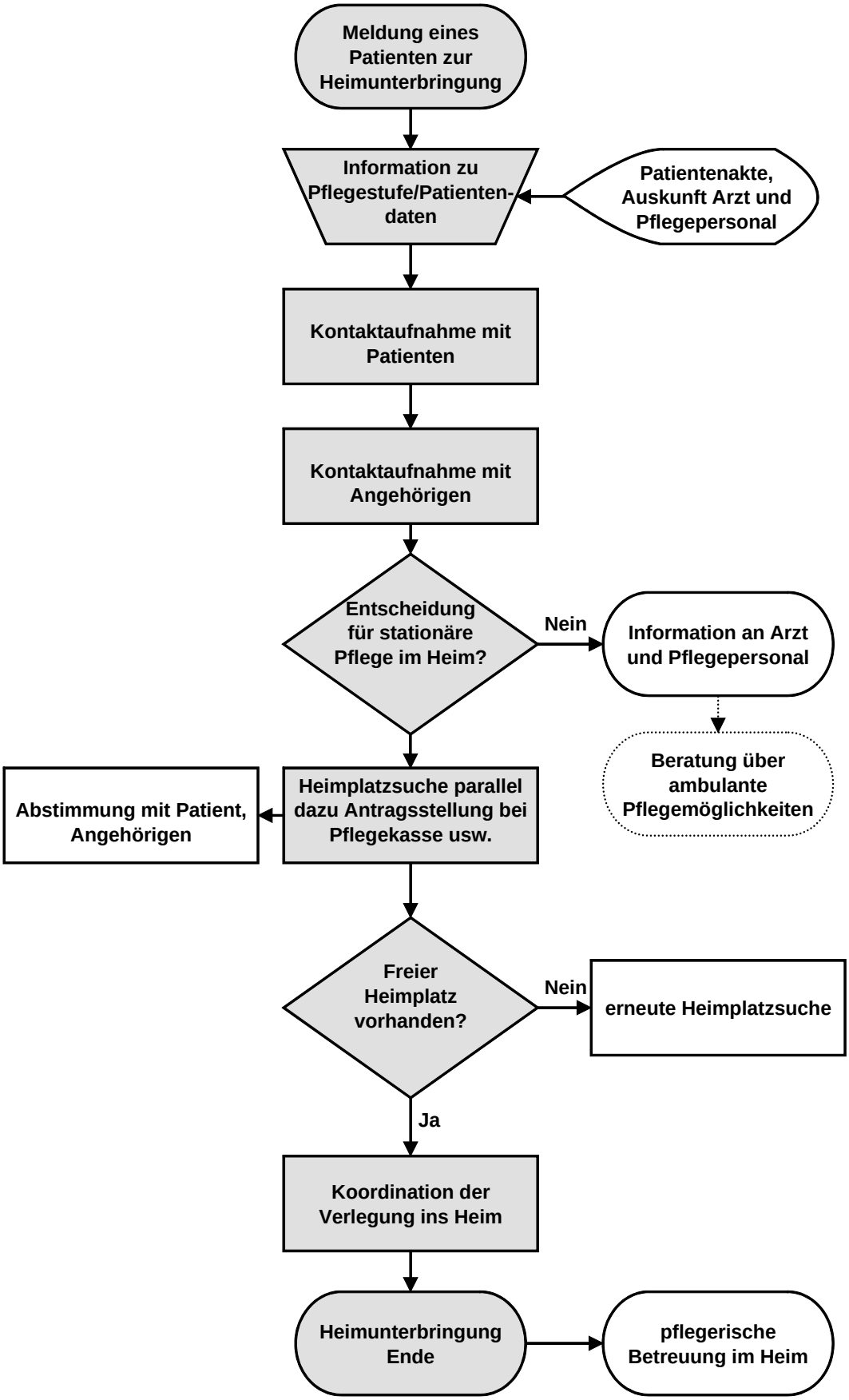


Abbildung 7 Heimunterbringung in der Praxis (siehe 5.2.2) (Quelle: Eigene Darstellung)

5.3 Differenz zwischen DVSK-Standards und Praxisrealität

An dieser Stelle sollen die DVSK-Standards mit der Praxisrealität, so wie sie im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum vorherrscht, verglichen werden. Die Prozesse wurden bis jetzt ohne IT-Einsatz aufgezeigt. Im nächsten Kapitel soll es dann darum gehen, Einsatzmöglichkeiten für Software aufzuzeigen.

Vergleicht man den Arbeitsablauf nach den DVSK-Standards und der Realität in der Praxis, so wird deutlich, dass es wesentliche Unterschiede gibt.
Der DVSK-Standard basiert auf dem Casemanagement und orientiert sich deshalb in seinen Arbeitsschritten, wie man in der Flowchart-Darstellung gut erkennen kann, an den sechs Phasen dieser Methode. Im Gegensatz dazu findet das Casemanagement-Konzept in der Praxis weniger Beachtung. Es ist sogar so, dass jeder Sozialarbeiter für sich eigene Details in der Ausführungspraktik entwickelt. Diese Eigenheiten der einzelnen Mitarbeiter darzustellen, würde zu weit führen.
Aus diesem Grund werden nur die Hauptelemente des „sozialarbeiterischen“ Handelns schematisch abgebildet.
Man findet beim Vergleich zwischen dem DVSK-Standard und der Praxis durchaus einzelne Parallelen. Doch diese sind keine Anzeichen dafür, dass sich in der Praxisrealität am Case-Management orientiert wird. Diese Gemeinsamkeiten sind eher zufällig und entstehen durch den Grundcharakter der zu erbringenden Leistung bzw. Hilfe. Zum besseren Verständnis soll ein Beispiel beitragen: Schaut man sich die AHB-Einleitung genauer an, so stellt man fest, dass als Ergebnis dieser Maßnahme die Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung angestrebt wird. Das Ergebnis gilt sowohl für die Einleitung der AHB nach dem DVSK-Standard wie auch für die AHB-Einleitung in der Praxis. Dieses Ziel kann nur erreicht werden, wenn der Kostenträger miteinbezogen wird (Antragsstellung) und einen positiven Bescheid erlässt. Dies zeigt, dass die Form der Intervention in groben Zügen bereits durch die zu erbringende Leistung vorgegeben ist.
Wesentliche Elemente des Casemanagements fehlen in der Praxis. Insgesamt beschränkt sich die Ausführung in der Realität nur auf die notwendigsten Schritte, die zum Ziel führen. Man verzichtet z.B. auf die Planungsphase. Sicherlich ist der Sozialarbeiter durch seine tägliche Arbeit stark routiniert und weiß, was zu tun ist, doch diese Routine verleitet ihn dazu, die Besonderheiten des Einzelfalls zu übersehen. Dadurch geraten die Bedürfnisse des Patienten und seiner Angehörigen in

den Hintergrund. Ohne Planung kann es keine auf den Patienten abgestimmte Intervention geben. Wenn sich mit dem Patienten nicht auseinander gesetzt wird, dann handelt es sich nicht mehr um sozialarbeiterisches Tun, sondern nur noch um ein bürokratisches Bearbeiten und Abarbeiten.

Vor allem bei der AHB-Einleitung in der Praxis wird die fehlende Planungsphase deutlich. Der Antrag für den Kostenträger wird vorgeschrieben, ohne dass ein Gespräch mit den Patienten stattgefunden hat. Der Sozialarbeiter kann daher noch gar nicht wissen, ob der Patient mit einer AHB überhaupt einverstanden ist. Dieses Vorgehen bringt für den Sozialarbeiter zeitliche Vorteile mit, vor allem, wenn viele AHB's gemeldet sind. Er spart sich dadurch mindestens ein Vorgespräch mit dem Patienten. Trotzdem ist dies ein Anhaltspunkt dafür, dass die Patienten wie an einem Fließband „abgefertigt" werden. Die Gründe dafür sind vielfältig. Die belastenden Arbeitsbedingungen (Zeitdruck, viele Patienten, umständliche Verfahrensweisen usw.) oder auch persönliche Einstellungen der Sozialarbeiter könnten Ursache sein.

Betrachtet man die Flowcharts im Hinblick auf die interne Kooperation, so identifiziert man des Weiteren Unterschiede zwischen der Soll-Arbeitsweise und der Ist-Arbeitsweise. Arzt und Pflegepersonal werden als Informationsträger in der Praxis nur in der Anfangsphase gebraucht und später nicht weiter in die Planungen und Durchführung miteinbezogen. In der Realität entstehen dadurch häufig Fehlinformationen und Missverständnisse. Der Sozialarbeiter hat z.B. laut Entlassungsdatum einen Aufnahmetermin mit einer Rehaklinik vereinbart, obwohl der Arzt noch weitere Untersuchungen angeordnet hat und die Entlassung verschoben wurde. Manchmal kommt es vor, dass der Patient frühzeitig entlassen wurde und der Sozialarbeiter nichts davon weiß.

Oftmals ist der Sozialarbeiter sogar gezwungen, auf weitere Abstimmungen zu verzichten. Der behandelnde Arzt ist nicht immer erreichbar und gewillt sich mit diesen Absprachen zu belasten. Der Sozialarbeiter hat den Auftrag bekommen, sich darum zu kümmern und darauf verlässt sich der Arzt.

Einen weiterer Schritt, der im Casemanagement wichtig ist – das Controlling - wird in der Praxis nicht wirklich ausgeführt, sondern findet nur versteckt statt. Ändern sich z.B. die Ausgangsbedingungen für eine AHB, weil sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtert hat, reagiert der Sozialarbeiter not-

gedrungen auf diese Veränderung, wenn er sie denn erfährt. Für das Controlling ist aber eine stetige Auseinandersetzung v.a. mit internen Kooperationspartnern und dem Patienten Bedingung. Doch in der Praxis gibt es, wie im Kapitel 2.7.4 schon erläutert wurde, zahlreiche Schwierigkeiten bei der Zusammenarbeit mit dem Krankenhauspersonal. Der Sozialarbeiter ist auf mehreren Stationen tätig und hat bei einer hohen Patientenzahl nicht die Möglichkeiten mit allen Beteiligten ständig Rücksprache zu führen. Aufgrund der Bedingungen in der Praxis fällt es dem Sozialarbeiter schwer, sich auf die aufwendige, aber durchaus wichtige, Kooperation zu konzentrieren und dabei gleichzeitig seine Aufgaben zu bewältigen.

Eine Evaluation im Hinblick auf die Reflexion des Gesamtprozesses findet in der Praxis nicht statt. Für die Sozialarbeiter zählt das Endergebnis, dabei wird die Reflexion des Weges bis dahin außen vor gelassen. Der Sozialarbeiter verharrt somit in seinen bewährten Handlungsabläufen, ohne sich über die Qualität seiner Arbeit bewusst zu sein.

Die zuvor dargestellten Flowcharts geben nur sehr wenig Auskunft über den enormen Verwaltungsaufwand der Sozialarbeiter und über die teilweise versteckten Schwachstellen der Arbeitsweise. Dabei wird davonausgegangen, dass die Kliniksozialarbeiter in dem Praxisbeispiel keine Software, abgesehen von der Verwendung eines einfachen Schreibprogrammes, in der Ausführung ihrer Aufgaben einsetzen. Die Sozialarbeiter müssen z.B. dieselben Informationen mehrfach in unterschiedlichen Dokumentationssystemen (z.B. Patientenakte, Arbeitsbuch, statistische Listen) handschriftlich festhalten. Dazu müssen sie längere Wege im Krankenhaus zurücklegen. Dies kostet natürlich Zeit, die man viel effektiver nutzen könnte. Es kommt nicht nur zur Zeitverzögerung, sondern auch zu unvollständigen oder fehlerhaften Informationen, weil der Sozialarbeiter seine Ausführungen auch aufgrund des Platzmangels, z.B. in der Patientenakte, möglichst kurz und knapp hält, sodass häufig Rückfragen erforderlich sind. Ohne Internet und Intranet ist der Kliniksozialarbeiter in seinen Kommunikationsmitteln ziemlich eingeschränkt. Er besitzt nur Telefon und Fax, um mit seinen externen Kooperationspartnern zu arbeiten. Es gibt somit viele Ansatzpunkte für den IT-Einsatz, die die Arbeitsweise der Kliniksozialarbeiter verbessern könnten. Aus der „Zettelwirtschaft“ ließe sich eine transparente Dokumentation über Beratungs-

prozess und Beratungsinhalte entwickeln. Außerdem könnte man die beschränkten Möglichkeiten des Sozialarbeiters erweitern und Kooperation mit internen wie externen Partnern verbessern.

Die Analyse der Arbeitsprozesse hat gezeigt, dass die Differenz zwischen Idealbeschreibung der DVSK und der Praxisrealität groß ist. Zur späteren Ableitung von funktionellen Erfordernissen einer Software ist eine Orientierung an den IST-Prozessen in der Praxis erforderlich. Damit werden die Professionalisierungsversuche der DVSG nicht in Frage gestellt. Die DVSG leistet wichtige Arbeit an der Basis für den Kliniksozialdienst. Doch in der Praxis ist man noch weit entfernt von diesen Idealvorstellungen. Deshalb ist es nicht sinnvoll auf der Basis von idealisierten Prozessen Softwarefunktionen zu entwickeln. Der in der Praxis vorherrschende Zustand der Kliniksozialarbeit muss stattdessen herangezogen werden. Die Untersuchung der Arbeitsprozesse im Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum hat darüber hinaus erwiesen, dass die Sozialarbeiter Schwierigkeiten haben ihren professionellen Anspruch und ihre zugewiesenen Aufgaben gleichermaßen zu erfüllen. Oftmals verzichten sie auf wesentliche methodische Ansätze, die für ihre Professionalität stehen, um dem Arbeitsdruck standzuhalten. Die Flowcharts aus der Praxis bestätigen, dass das Interesse des Patienten in den Hintergrund gerät und nur noch das Ergebnis, z.B. die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung, wichtig ist. Die Zeit ist zu knapp, um wirklich auf die Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Außerdem erscheinen die Abläufe in der Realität standardisierter und vorgeprägter als der Ablauf nach dem Casemanagement, bei dem der individuelle Bedarf des Betroffenen vordergründig ist.

Das Kapitel 4 hat die Widersprüche zwischen Theorie und Praxis bereits ausführlich behandelt, daher soll dieses Thema hier nicht vertieft werden. Stattdessen ist es wichtig, festzuhalten, dass man mit Hilfe von spezieller Software und durch Internet sowie Intranet, die Verwaltung der Patientendaten und die Kooperationsprozesse optimieren kann. Dieser These soll im folgenden Abschnitt weiter nachgegangen werden, indem der benötigte Leistungsumfang einer solchen Software beschrieben wird.

6 Funktionelle Erfordernisse an eine Software für den Krankenhaussozialdienst

Die ersten Kapitel dieser Arbeit haben einen Einblick in die Rahmenbedingungen, unter denen die Kliniksozialarbeit i.d.R. stattfindet, gegeben und auf Probleme hingewiesen. Außerdem wurden die Methoden der Klinischen Sozialarbeit (Sozialberatung und Case-Management) und die Arbeitsabläufe an Beispielen aus der Praxis erläutert. Hier soll noch einmal betont werden, dass sich das Wort ‚Praxis' auf die Beobachtungen bezieht, die während eines Semesterpraktikums im Sozialdienst des Dietrich-Bonhoeffer-Klinikums in Neubrandenburg gemacht wurden. Diese ‚Praxis' ist sicherlich nicht für alle Krankenhäuser repräsentativ, doch sie zeigt beispielhaft, dass noch Sozialdienste existieren, die wenig bzw. so gut wie gar nicht, Fachsoftware zur Arbeitserleichterung und –vereinfachung einsetzen. Die Vorstellungen über einen effektiven Software-Einsatz im Bereich des Kliniksozialdienstes sind in der beobachteten ‚Praxis' relativ unausgebildet und weit zurückgeblieben, da das Interesse und der Einsatz der Mitarbeiter zu schwach ausgeprägt sind. Diese Beobachtungen bilden die Grundlage für Ideen und Anregungen zu einem Programm für die Klinische Sozialarbeit.

Wie im Kapitel 4 bereits erklärt wurde, soll eine Software abgebildet werden, die den Sozialarbeitern ein Arbeiten unter den vorherrschenden Bedingungen erleichtert und dem professionellen Anspruch der Kliniksozialarbeit freien Raum lässt.

Diese Software soll sich an der Vorgehensweise in der ‚Praxis' anpassen und nicht umgekehrt. In diesem Abschnitt werden Kriterien, die sich aus dem Ergebnis des Kapitels 5 ableiten lassen, für eine Fachsoftware entwickelt. Diese Kriterien sollen helfen ein Bild von einer Software zu entwerfen, die als ein effektives Instrument die Soziale Arbeit im Krankenhaus zeigen und den Beratungsprozess steuern sowie vereinfachen kann. Ein wichtiges Ziel ist es, durch den Software-Einsatz, Zeit für das Wesentliche (für die Patienten) zu gewinnen. Weiterhin soll das Programm unter der Berücksichtigung der Bill-Gates-Vision von „information at your fingertips"[140] (mühelos erreichbare Informationen) entworfen werden. Mit anderen Worten ausgedrückt, soll die Software auf einfache und einheitliche Weise zu bedienen sein, damit sich der Benutzer (der Kliniksozialarbeiter) auf

[140] Vgl. Saaro 1999, S. 131

seine Arbeit konzentrieren kann und notwendige Informationen ohne umständliche Handhabung schnell erhält.

Allgemeine Beurteilungskriterien für die Qualität von Fachsoftware, wie z.B. Datensicherheit, Steuerbarkeit und Fehlerrobustheit, werden bei der Beschreibung der funktionellen Erfordernisse einer Software für den Krankenhaussozialdienst nicht miteinbezogen. Zur Vereinfachung der Thematik wird vorausgesetzt, dass diese Qualitätskriterien von der Software ausreichend erfüllt werden. Das Hauptinteresse dieses Kapitels gilt allein der beispielhaften Darstellung möglicher Funktionen einer Fachsoftware, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

6.1 Klientenverwaltung

Die Verwaltung der Klienten sollte in Form einer Klientenkartei erfolgen, damit die Stammdaten klar und übersichtlich aufgenommen werden können. Die Klientenkartei ist mit wesentlichen Grunddaten (z.B. Name, Adresse, Geburtsdatum, Krankenkasse, Station, Zimmernummer usw.) ausgestattet. Zusätzlich enthält sie Platz für andere persönliche Daten (z.B. Hausarzt, behandelnder Arzt, Familienstand, Herkunft, Pflegestufe etc.).
Des Weiteren gibt es ein Diagnosefeld und die Möglichkeit Angaben zu dem/den gesetzlichen Betreuer/Angehörigen bzw. zu Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen zu machen. Außerdem sind frei gestaltbare Datenfelder vorhanden, sodass der Sozialarbeiter weitere persönliche Angaben (z.B. Religionszugehörigkeit, Pflegedienst usw.) hinzufügen kann. Es reicht, wenn die Daten einmalig in das Programm übernommen (Schnittstelle zum Krankenhaus-Informations-System, vgl. 6.10.1) oder eingegeben werden. Durch Verknüpfungen innerhalb der Software kann immer wieder auf die eingegebenen Daten in der Klientenkartei zurückgegriffen werden. Zur Klientenverwaltung gehört eine Such- und Druckfunktion, mit der eine komplette Akte oder die Stammdaten eines einzelnen sowie mehrerer Klienten nach eigenen Kriterien zusammengestellt und ausgedruckt werden können. Darüber hinaus lässt sich die zusammengestellte Liste, z.B. in ein Word-, Excel- und Accessdokument, exportieren.
Diese Funktion soll dem Sozialarbeiter den Überblick über seine Klienten erleichtern. Die Verwaltungsarbeit wird dadurch insgesamt effizienter gestaltet.

Im Vergleich zu dem in der Praxis verwendeten Arbeitsbuch ist die Suche von Patienten viel zeitsparender. Außerdem bietet die Schnittstelle zum Krankenhaus-Informations-System (KIS) die Möglichkeit, Patientendaten ins Programm zu übernehmen, ohne dass der Sozialarbeiter persönlich auf Station gehen muss, um die Angaben aus der Patientenakte abzuschreiben.

*6.2 **Listengenerator***

Die Software verfügt über eine integrierte Listenfunktion. Es gibt z.B. Vorlagen für Adresslisten, Telefonlisten, Tätigkeitslisten und Listen für Ansprechpartner, die verwendet werden können oder der Sozialarbeiter bestimmt den Inhalt der Liste selbst, indem er frei definierbare Kriterien auswählt und danach sortieren lässt. Die Listen lassen sich, z.B. in Outlook, Word und Access, exportieren und auch importieren, damit die Daten flexibel bleiben und auch mit anderen Programmen weiter verarbeitet werden können. Neben der Ansichtsmöglichkeit existiert eine Druckfunktion als Liste oder Etikette. Elemente der zusammengestellten Liste können in die Dokumentenerstellung integriert werden, so kann z.B. die Adresse eines Pflegedienstes ausgewählt und in ein Schreiben eingefügt werden.
Der Listengenerator ersetzt die handgeschriebenen Listen des Sozialarbeiters. Die Datenpflege ist viel einfacher und kann unkompliziert durchgeführt werden. Durch die frei gestaltbaren Kriterien läßt sich jede Art von Liste schnell erstellen.

*6.3 **Adressensystem***

Da der Listengenerator keine Adressenverwaltung ersetzt, verfügt die Software über ein Adressensystem. Alle Anbieter von Hilfsangeboten oder Leistungen (z.B. Selbsthilfegruppen, Krankenkassen, Pflegedienste usw.) können nach Kategorien, die frei gestaltbar sind, erfasst und sortiert werden. Dies ist ein großer Vorteil gegenüber den in der Praxis schriftlich festgehaltenen Adressen. Die Kontaktaufnahme zu externen Kooperationspartnern erleichtert sich, weil Adressen schnell gefunden werden können. Es gibt eine Integration in die Dokumentenerstellung, damit man in Sekundenschnelle durch selbstdefinierte Suchkriterien einen An-

bieter finden und ins Dokument übernehmen kann. Für die Klienten gibt es eine besondere Druckfunktion. Die Hilfsangebote können z.B. mit Adresse, Ansprechpartner, Telefonnummer und Öffnungszeiten für sie ausgedruckt werden.

6.4 Methodische Fallverwaltung (Case-Management)

Die Fallverwaltung soll die Arbeit mit der Case-Management-Methode sinnvoll strukturieren und zur Planung der klientenspezifischen Hilfemaßnahme beitragen. Dabei orientiert sie sich an den sechs Phasen des Case-Management und integriert diese als Ablauffolge in einer entsprechenden Menüleiste. Für jede Phase kann der Sozialarbeiter seine Aufgaben auf einer TO-DO-Liste festhalten. Diese Aufgaben werden automatisch in den Aufgabenplaner übernommen und können entsprechend abgearbeitet werden. Die Grunddaten des Klienten können aus der Kartei übernommen werden. Es gibt definierbare Felder, die der Sozialarbeiter dem Einzelfall anpassen kann. Die Klienten können je nach ihrem Hilfebedarf zu einer oder mehreren Leistungen der Kliniksozialarbeit zugeordnet werden.

Eine Suchfunktion erleichtert es, Klienten schnell wieder zufinden. Die Fallverwaltung bietet zudem eine Druckfunktion, mit der stets alle erfassten und verwalteten Vorgänge gedruckt werden können. Es kann z.B. sofort ein individuelles Beratungspaket (mit allen Vereinbarungen, Zielen) als Ergebnis des Gespräches dem Klienten ausgehändigt und in der Fallverwaltung gespeichert werden.

Jeder Fall kann mit allen Elementen in andere Dokumentsysteme exportiert und importiert werden.

Durch eine integrierte Notizverwaltung gibt es keine „fliegenden Zettel“ mehr. Alle Ereignisse wie z.B. Gespräch, Telefonat etc. können mit den dazugehörigen Grunddaten erfasst und verwaltet werden. Die klientenbezogene Dokumentation wird durch die Notizverwaltung übersichtlicher. Beliebig lange Texte oder Dokumente z.B. von Textverarbeitungsprogrammen, Outlook, Excel sowie Grafiken lassen sich einbinden. Selbst eingehende Schreiben und Dokumente können eingescannt und mit eigenen Bemerkungen in die Notizverwaltung integriert werden. Für den Kurzüberblick werden Erstellungsdatum, Patientenname, Kurzbezeichnung und Bearbeiter in einer Liste erfasst. Die Texte lassen sich nach den Kriterien des Kurzüberblicks sortieren und schnell wieder auffinden.

In der Praxis entstehen oft Arbeitsroutinen, die den professionellen Arbeitsansatz des Case-Managementes vergessen lassen. Die Umsetzung dieser wichtigen Methode soll durch die Fallverwaltung erleichtert werden.
Außerdem wird die Klientenarbeit ausführlich dokumentiert, sodass der einzelne Fall jederzeit nachvollziehbar ist.

*6.5 **Dokumentenerstellung***

Neben vorgefertigten Formularen und Anträgen können eigene Standardanschreiben mit der Dokumentenerstellung verfasst werden. Außerdem gibt es die Möglichkeit verschiedene Textbausteine vorzudefinieren. In die Schreiben kann das Logo der Institution eingebunden werden. Aktuelle Daten der Klienten und Adressen können automatisch in die Standardschreiben/Formulare/Anträge eingesetzt werden. Textdateien, wie z.B. Word, können importiert und exportiert werden. Die Dokumentenerstellung kann als Textverarbeitung für die normale Korrespondenz verwendet werden. Eine Suchfunktion erleichtert das Auffinden von Dokumenten. Mit der Druckfunktion können die Schreiben ausgedruckt werden. Die Dokumente können direkt nach ihrer Fertigstellung per E-Mail an den Adressaten versendet werden.
Der Sozialarbeiter muss in seinem Berufsalltag zahlreiche Dokumente erstellen. Durch die integrierte Dokumentenerstellung ist er in der Lage, z.B. Schriftstücke direkt zu verfassen, ohne in ein anders Programm (z.B. Word) wechseln zu müssen.

*6.6 **Arbeitsorganisation***

Die integrierten Werkzeuge entlasten den Sozialarbeiter von administrativen Aufgaben und verschaffen mehr Zeit für den persönlichen Kontakt zum Klienten.

6.6.1 Aufgaben- und Terminmanagement

Die Software verfügt über einen übersichtlichen Termin- und Aufgabenplaner mit farbigen Markierungen. Es gibt eine Tages-, Wochen-, Monats- und Jahresüber-

sicht, sodass nichts vergessen werden kann. Erledigte Aufgaben werden mit einem Häkchen gekennzeichnet. Für sehr wichtige Termine kann eine Alarmfunktion als Erinnerung hinterlegt werden. Die Aufgaben werden direkt aus der TO-DO-Liste der Fallverwaltung in den Aufgabenmanager übernommen und bei Nicht-Erfüllung wieder vorgelegt.
Im Programm hinterlegte Termine werden bei Bedarf automatisch in den Terminkalender übernommen. Direkt aus dem Terminkalender und dem Aufgabenplaner gibt es die Möglichkeit, Mails an die Kollegen zu verschicken, um sie zu informieren. Wird z.B. ein Sozialarbeiter kurzfristig krank auf der Arbeit, so kann er seine zu erledigenden Aufgaben an seinen Vertretungskollegen mailen.
Durch die Funktion des Aufgaben- und Terminmanagement kann der Sozialarbeiter seine Aufgaben und Termine planen und organisieren, ohne auf andere Programme oder die „Zettelwirtschaft“ zurückzugreifen.

6.6.2 Übergabeprotokolle

Diese Funktion zeigt an, was im Moment wichtig ist. Alle aktuellen Klienten werden auf dem Bildschirm durchgegangen und was noch zu tun ist, wird sofort aufgelistet. Die Protokolle geben einen Überblick auf den aktuellen Stand und sind sehr hilfreich, wenn ein Sozialarbeiter für längere Zeit, z.B. wegen Urlaub, vertreten werden muss. Die Protokolle werden automatisch mit Datum und Sachbearbeiter gespeichert. Durch eine Such- und Sortierfunktion lassen sich die Protokolle als Liste anzeigen und drucken. Kommt der Mitarbeiter aus dem Urlaub zurück, so muss er sich nur die Protokolle durchlesen und weiß, was auf seinen Stationen passiert ist. Durch die Übergabeprotokolle sinkt der zeitliche Aufwand für die Informationsbeschaffung seitens der Urlaubsvertretung und seitens des Zuvertretenden.

6.6.3 Benutzer-Oberfläche

Die Benutzer-Oberfläche hat ein Windows-Look-and-Feel-Gesicht, was vor allem einen „Windows“ gewöhnten Benutzer die Handhabung vereinfacht. Zur Arbeitserleichterung gibt es Aktionsleisten, Menüs und eine Mehrfenstertechnik. Die

Symbole sind eindeutig gestaltet. Datum und Uhrzeit werden ausreichend groß im Programm angezeigt.
Wenn die Benutzer-Oberfläche einfach und selbsterklärend gestaltet ist, kann der Benutzer (Sozialarbeiter) schnell mit dem Programm arbeiten und muss sich nicht mit Einzelheiten der Bedienung auseinander setzen.

6.7 Elektronisches Mail-/Postsystem

Zur Nutzung der E-Mail-Funktion wird das Elektronische Mail-/Postsystem als E-Mail-Programm integriert. Mit Hilfe eines Mail-Servers (kein Bestandteil der Fachsoftware) können je nach Einstellung (und Anschluss des Intranets über Firewalls an das Internet) Nachrichten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses verteilt werden. Der Mail-Server funktioniert wie ein elektronisches Postamt und leitet die E-Mails an die entsprechenden Adressen weiter. Gleichzeitig stellt er ein persönliches Postfach zur Verfügung, in dem E-Mails gespeichert werden können.
Vorteil der E-Mail gegenüber dem Telefon ist die asynchrone Kommunikation. Die Kommunikation muss nicht wie beim Telefon mit den Kooperationspartnern koordiniert werden, sodass alle gleichzeitig in der Nähe des Telefons sind.[141] Durch die E-Mail hat der Kommunikationspartner Zeit sich die Inhalte durchzulesen und kann in Ruhe ein Antwortschreiben verfassen. Gegenüber einem Brief entfällt die lange Transportzeit. Eine E-Mail wird innerhalb von Sekunden bis zu ein paar Minuten zum Adressaten übermittelt. Der Absender der E-Mail verfolgt dabei meist das Ziel, möglichst schnell, d.h., binnen Stunden bis spätestens zum nächsten Tag eine Antwort zu bekommen.
Texte (z.B. Antragsformulare) und Bilder können einfach als Attachment (Anhang) per Mail versendet und dadurch beim Empfänger schneller weiterverarbeitet werden.

Ein internes Mailsystem kann sich positiv auf die Kooperation der Sozialarbeiter mit den anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, wie Ärzte und Pflegekräfte, auswirken. Die Sozialarbeiter müssten den behandelnden Ärzten nicht mehr hin-

[141] Vgl. Jung 1996, Kap. 5.4.4 zit. nach Poseck 2002, S. 31

hinterherlaufen oder -telefonieren, weil diese gerade nicht erreichbar sind. Das Gleiche gilt ebenso im umgekehrten Fall.
Mit Hilfe von internen Mails gibt es z.B. die Möglichkeit, dass der Sozialarbeiter die auszufüllenden Antragsformulare als Mailanhang direkt auf den Computer des Arztes schickt. Unterlagen könnten dann nicht mehr so einfach auf Station oder im Arztzimmer verloren gehen. Vor allem aber müssten sie bei Verlust nicht noch einmal handschriftlich ausgefüllt werden, da sie als Datei vorliegen. Der Sozialarbeiter kann somit seine „Einsammeltouren“ (das Einsammeln der ärztlichen Atteste, Anträge etc.) einstellen und Zeit sparen. Er schaut einfach nur in sein Mailprogramm und findet dort die fertig gestellten Anträge. Außerdem kann er an die Kollegen automatisierte Mails verschicken, sodass alle, z. B. über neue gesetzliche Bestimmungen, informiert werden.

Analog dazu vereinfachen und beschleunigen sich die Kommunikationsmöglichkeiten mit den externen Kooperationspartnern ebenso. Reha-Anträge können z.B. per E-Mail direkt an den Leistungsträger verschickt werden. Das Krankenhaus spart dadurch Portokosten und Zeit. Elektronische Dokumente verschaffen den Leistungsträger auch Vorteile, wenn sie entsprechend weiter verarbeitet (nur elektronisch und ohne Medienbruch) werden.
Es gibt sicherlich eine Vielzahl von Beispielen, die man noch anführen könnte, um zu verdeutlichen, dass die Verwendung der E-Mailfunktion nicht nur für den Sozialarbeiter, sondern auch für viele andere Berufsgruppen im Krankenhaus und für die externen Partner gerade im Zusammenhang mit einer gelingenden Kooperation sinnvoll ist.

Nun zu den Funktionen des Elektronischen Mail-/Postsystems: Es verwaltet interne und externe Nachrichten übersichtlich. Durch direkten Zugriff auf die Adressenverwaltung müssen die E-Mail-Adressen nicht doppelt geführt werden, sondern werden direkt nach Anklicken ins Empfängerfeld der E-Mail übernommen. Alle Dokumente und Listen innerhalb der Software lassen sich nach einer Sicherheitsabfrage sofort als Mail versenden.
Eine zeitsparende Besonderheit des elektronischen Postsystems ist die Möglichkeit „express-zu-antworten“.[142] In jeder eingehenden Nachricht befindet sich am

[142] * in Anlehnung an URL: http://www.web.de*

Ende ein Feld mit zehn Zeilen, das eine schnelle und kurze Beantwortung der E-Mail zulässt. Die Kurzantwort wird eingetippt und ein Mausklick auf den Expressbutton verschickt sie sofort an den Absender.

*6.8 **Evaluation***

Die Evaluation bietet grenzenlose Auswertungsmöglichkeiten mittels zahlreicher Selektions- und Verknüpfungskriterien. Per Drag & Drop können die Merkmale zugeordnet werden. Es werden nur die Daten evaluiert, die man benötigt. Es kann alles ausgewertet werden von den Beratungsinhalten bis hin zu den Krankheitsbildern. Einmal definierte Statistikmerkmale lassen sich per E-Mail oder Diskette an Kollegen weitergeben. Ein Export und Import in Excel und Word ist möglich. Außerdem kann jede Statistik grafisch dargestellt werden. Die Statistiken lassen sich abspeichern, suchen und drucken.
Da die Daten bereits in elektronischer Form vorliegen, lassen sie sich schnell unter fast jedem Gesichtspunkt auswerten. Statistik bedeutet für den Sozialarbeiter nun nicht mehr, etwas von Hand auszählen zu müssen. Ein paar Mausklicks genügen und die Statistik ist fertig.

*6.9 **Wissensdatenbank/Fachlexikon und Gesetzestexte***

Fachinformationen (z.B. zu medizinischen Diagnosen, Rehabilitation, Sozial- und Versicherungslexikon usw.) zu den verschiedenen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit im Krankenhaus sind in der Wissensdatenbank zusammengestellt. Des Weiteren können Informationen selbstständig hinzugefügt und für alle zugänglich gemacht werden.
In einer weiteren Datenbank werden alle relevanten Gesetzestexte mit aktuellen Urteilen aufgeführt.

Alle Datenbanken verfügen über eine Such- und Druckfunktion. Durch ein regelmäßiges Update (über Internet, Administrator ist zuständig) sind alle Informationen der Datenbanken auf den neuesten Stand.

Der Sozialarbeiter hat somit einen schnellen Zugriff auf stets aktuelle Informationen, die für seine Arbeit relevant sein können

6.10 Interface (Schnittstelle) für KIS, INTRANET und INTERNET

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der Möglichkeit, Schnittstellen in die Software zu integrieren. Doch bevor dieses Thema detaillierter behandelt werden kann, muss der Begriff Schnittstelle kurz definiert werden, damit es nicht zu Missverständnissen kommt. „Unter einer Schnittstelle (Engl.: „Interface“) versteht man allgemein eine Verbindungsstelle zwischen zwei Systemen oder einen Übergabepunkt von einem System zum anderen.“[143] Eine Softwareschnittstelle ist daher ein Verbindungspunkt zwischen zwei unterschiedlichen Programmen, der einen Datenaustausch zwischen diesen Programmen zulässt.

Warum sollte eine Software für den Krankenhaussozialdienst solche Schnittstellen für KIS (Krankenhausinformationssystem), Intranet und Internet aufweisen? Der Benutzer soll sich nur einmal in die Software für den Kliniksozialdienst anmelden und dann sofort alle notwendigen Patientendaten und Fachinformationen auf unkomplizierte Weise bekommen („information at your fingertips“). Der Zugriff über eine zentrale Einstiegssoftware auf viele unterschiedliche Informationsquellen steigert die Benutzereffizienz, weil nicht verschiedene Anwendungen mit einer unterschiedlichen Benutzerführung gestartet werden müssen. Durch die Schnittstellen zu KIS, Intranet und Internet entsteht ein virtueller Arbeitsplatz, der keine optischen Brüche und keinen zeitlichen Mehraufwand (durch Anmeldungen in unterschiedlichen Anwendungen) hat. Patientendaten werden z.B. über die KIS-Schnittstelle direkt ins Programm übernommen und Intra-/Internetseiten können kontextbezogen aufgerufen werden. Das Programm für den Kliniksozialdienst ist somit nicht isoliert von seiner Umgebung, sondern es steht in einer vernetzten Welt und kann mit ihr kommunizieren.

Ziel der nachfolgenden Kapitel ist es, Beispiele für die einzelnen Nutzungsmöglichkeiten der Schnittstellen zu benennen und zu beschreiben.

[143] Meyer 2005a, Eintrag 261

6.10.1 Schnittstelle für KIS

KIS ist die Abkürzung für ein Krankenhausinformationssystem und bezeichnet ein abgeschlossenes, hochkomplexes integriertes System, dass aus verschiedenen Programmen besteht und der Übertragung und Verarbeitung der in einem Krankenhaus entstehenden Informationen dient. Klassischerweise gibt es drei große Aufgabengebiete des KIS: die patientenbezogene Information, die Verwaltung und die Forschung.[144] Diese charakteristische Säuleneinteilung zeigt, dass man sich vorwiegend auf die Funktionen beschränkt hat und den Datenfluss zwischen den einzelnen Aufgaben nicht beachtet.[145] Der Prozesscharakter wird nach dieser Einteilung nicht deutlich. Viele Prozesse gehen über die Organisationsbereiche hinaus und betreffen mehrere Berufsgruppen, deshalb ist die alte Untergliederung nach den Funktionen des KIS heutzutage nicht mehr angebracht. Trill betont, dass sich das KIS an den Hauptprozessen mit den jeweiligen Teilprozessen orientieren muss.[146] In einer Tabelle wurden die Prozesse zusammengefasst dargestellt.

Tabelle 5 Überblick über die Prozesse

Hauptprozess	Beispiel eines Teilprozesses
Patientendatenmanagement	• Ambulanz und ambulantes Patientendatenmanagement • Stationäres Patientendatenmanagement • Diagnostik/Therapie/Pflege (MedIS, PIS usw.) • Usw.
Administration, Versorgung, Management	• Finanzbuchhaltung • Anlagenbuchhaltung • Kosten- und Leistungsabrechnung • Usw.
Allgemeine Funktionen	• Archivierung • Auswertung • Externe Kommunikation

(Quelle: nach Trill, Roland (Hrsg.): Informationstechnologie im Krankenhaus. Strategien. Auswahl. Einsatz. Neuwied u.a. 2002, S. 47)

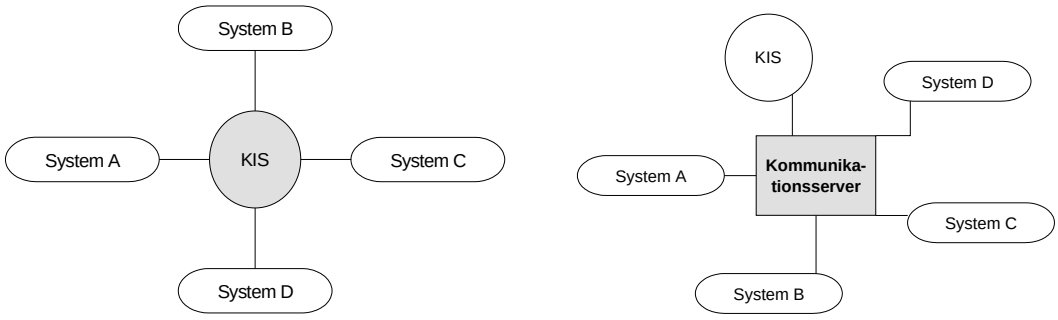
Auffällig ist, dass die Kliniksozialarbeit im Funktionsumfang des KIS nicht miteinbezogen wird. Unter dem Hauptprozesspunkt Patientendatenmanagement gibt es neben dem Pflegeinformationssystem (PIS) und dem Medizinischen Informationssystem (MedIS) kein „Informationssystem der Klinischen Sozialarbeit“.

[144] Vgl. Düster 2005, S. 1
[145] Vgl. Trill 2002, S. 56
[146] Vgl. Ebenda, S. 47

Wie auch an anderen Stellen schon drauf hingewiesen wurde, wird die Sozialarbeit im Krankenhaus weniger wertgeschätzt, so dass es nicht verwundert, wenn sie bei einem so wichtigen System wie dem KIS als Funktionsbestandteil ‚vergessen' wird. Das sie ‚vergessen' wurde, ist nur eine Vermutung. Es mag auch andere Gründe dafür geben. Doch in diesem Kapitel soll es nicht um die Frage gehen, warum die Kliniksozialarbeit im Funktionsumfang des KIS nicht enthalten ist. Vielmehr ist die Frage weitaus wichtiger, warum eine Fachsoftware für den Sozialdienst im Krankenhaus unbedingt eine Schnittstelle zum KIS haben sollte.
Zuvor sollen aber zwei grundsätzliche Verfahren zur Integration ins KIS genannt werden:

- Individualschnittstelle
- Kommunikationsserver

In der nachfolgenden Grafik sind die prägnantesten Unterschiede der Schnittstellenvarianten abgebildet.



Schnittstellenmodell **Kommunikationsservermodell**

Abbildung 8 Schnittstellenvarianten

(Quelle: nach Trill, Roland (Hrsg.): Informationstechnologie im Krankenhaus. Strategien. Auswahl. Einsatz. Neuwied u.a. 2002, S. 137)

Gerade, wenn sehr viele Systeme integriert werden müssen, ist ein Kommunikationsserver von Vorteil. Die technischen Hintergründe der Schnittstellenvarianten sollen im nachfolgenden nicht weiter ausgeführt werden. Der Schwerpunkt des Kapitels liegt stattdessen in der Darstellung der Möglichkeiten, die sich ergeben, wenn zwischen der Fachsoftware und dem KIS ein beidseitiger Datenaustausch (Kommunikation) über Schnittstellen stattfindet.

Die Fachsoftware kann durch das KIS Meldungen von Patienten für bestimmte Beratungsleistungen bekommen, in dem z.B. der Arzt vom MedIS aus, den Bedarf eines Patienten signalisiert. Alle Grunddaten des Patienten werden sofort an die Fachsoftware in eine automatisch neu angelegte Akte übermittelt. Der Sozialarbeiter muss dadurch keine Daten mehr von Hand aufnehmen und neue elektronische Akten in der Fachsoftware anlegen, sondern kann direkt mit seiner Beratungsleistung beginnen. Medienbrüche mit Redundanzen lassen sich vermeiden, weil die gleichen Informationen nicht mehr doppelt in verschiedenen Medien erfasst werden. Lange Wege, um die Daten der Patienten aufzunehmen, fallen weg und sorgen für Zeitersparnis. Die Zeit, die die Sozialarbeiter nun nicht mehr für Kleinigkeiten und Unwichtigkeiten, wie für die Einholung von Patientendaten, aufwenden müssen, kann den Patienten in Form von ausführlicheren Gesprächen zugute kommen.
Da die Patienten direkt vom KIS an die Fachsoftware gemeldet werden, kommt es zu keinen Doppelerfassungen, Zeitverzögerungen oder Missverständnissen mehr. Der Sozialarbeiter kann in Ruhe und ohne störendes Telefonklingeln seine Beratungsgespräche führen und wird dabei trotzdem über alles informiert (asynchrone Kommunikation).
Erbrachte Leistungen der Kliniksozialarbeit sind transparenter, weil die Fachsoftware dem KIS Rückmeldungen über die Fortschritte (z.B. erfolgte Antragsstellung beim Leistungsträger, Rehatermin, Heimplatz usw.) gibt. Diese Rückmeldungen werden direkt in die Elektronische Patientenakte (EPA) eingegliedert und sind für die Ärzte zugänglich. So kann der Arzt z.B. prüfen, ob die für eine Rehabilitation gemeldeten Patienten bereits vom Sozialarbeiter kontaktiert wurden und Beratungsgespräche stattgefunden haben. Dadurch ist er immer auf dem aktuellen Stand, ohne viel Zeit für die Informationsbeschaffung (z.B. durch eine Telefonat mit dem Sozialarbeiter) aufzubringen.

Durch die beidseitige Kommunikation ist nicht nur der Arzt und das Pflegepersonal immer über alles informiert, sondern auch der Sozialarbeiter. Ändert sich z.B. kurzfristig das Entlassungsdatum des Patienten, kann das KIS dies sofort der Fachsoftware melden, so dass der Sozialarbeiter geeignete Maßnahmen (z.B. Verschiebung des Rehatermins) ergreifen und neue Planungen vornehmen kann. Der Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen (Medizinern, Pflegekräften und

Sozialarbeitern) verbessert sich, weil die Nachrichten nicht mehr nach dem „Stille-Post-Prinzip“, d.h., lücken- und fehlerhaft, ausgetauscht werden.

6.10.2 Schnittstelle für Intranet

Beim Intranet handelt es sich um ein internes Computernetz in einem Unternehmen oder einer Organisation. Dabei besteht das Intranet aus direkt miteinander verbundenen Rechnern. Es basiert i.d.R. auf den Internetstandards, ohne das Internet für seine Aktionen zu benutzen.[147] Ein Beispiel ist die Nutzung von Mailprogrammen für die hausinterne Kommunikation.

Die Software für den Krankenhaussozialdienst sollte eine Schnittstelle zum krankenhausinternen „Internet“ (Intranet) besitzen. Für die Sozialarbeiter ist es wichtig, dass sie direkten Zugriff auf ein bestehendes Intranet haben. Durch eine Verknüpfung mit dem Browser kann das Intranet von der Fachsoftware aus gestartet und bedient werden. Dadurch wird man dem Prinzip, dass alles „unter einem Dach“ läuft und Informationen mühelos erreichbar sind, gerecht.
Das Intranet kann als Informationspool verwendet werden, indem klinikinterne Mitteilungen (nächste Weiterbildung, Tarifübersicht, Feierlichkeiten usw.) und andere Informationen durch den Sozialarbeiter aufgerufen werden können. Einzelne Klinik- oder Arbeitsbereiche könnten ihre Tätigkeiten beschreiben, damit jeder Mitarbeiter im Krankenhaus genau nachlesen kann, was die anderen Abteilungen machen. Für den Sozialdienst bietet sich hier die Gelegenheit, sich als Team der Kliniksozialarbeiter vorzustellen und die anderen Berufe über ihre Aufgaben aufzuklären, um so die allgemeine Zusammenarbeit zu verbessern.
Über die Informationsplattform ließen sich in Verbindung mit einer Newsseite z.B. neue gesetzliche Entscheidungen schnell unter den Krankenhausmitarbeitern verbreiten.
Diskussionsforen könnten zu krankenhausspezifischen Themen eingerichtet werden. Über die Berufsgruppen hinausgehend wäre ein Meinungsaustausch zu verschiedenen Themen möglich.

[147] Meyer 2005b, Eintrag 537

Allein durch einen bereitgestellten Zugang zum Intranet (unabhängig von der Verknüpfung zur Fachsoftware) unterstützt man die Eingliederung des Sozialarbeiters in das Krankenhaussystem, weil seine Teilhabe an krankenhausinternen Informationen wächst und er weniger ausgeschlossen ist. Außerdem erhöhen sich seine Kommunikationsmöglichkeiten mit den anderen Berufsgruppen.

6.10.3 Schnittstelle für Internet

Lauer definiert das Internet als „[...] eine umfangreiche und laufend wachsende, weltweite Ansammlung von miteinander verbundenen Computernetzen, die auf der Basis standardisierter Verfahren Informationen untereinander austauschen. Dieser Austausch wir durch die Teilnehmer am Internet bestimmt und kann in vielfältiger Form stattfinden.“[148]

Das Software-Programm für die Kliniksozialarbeit sollte das Internet durch eine entsprechende Schnittstelle direkt nutzbar machen, ohne dass ein Starten eines Internet-Browser oder eine Anmeldung in einer anderen Anwendung erforderlich ist. In der Symbolleiste kann der Browser durch einen Klick auf den Internetbutton direkt geöffnet und benutzt werden. Optisch wird der Browser in einem Fenster der Fachsoftware betrieben. Die Verknüpfung der Fachsoftware mit dem Internet macht natürlich nur dann Sinn, wenn der Zugang zum Internet gewährleistet ist. Im Internet stecken zahlreiche ungenutzte Ressourcen für die Soziale Arbeit im Krankenhaus, die in diesem Abschnitt gewiss nur teilweise angesprochen werden können.
Es soll nun nicht um die Funktionsweise der Schnittstelle zum Internet oder um die detaillierte Beschreibung der Integration des Browser in die Software gehen. sondern es sollen Einsatzmöglichkeiten des Internets für die Kliniksozialarbeiter geschildert werden. Die Sozialarbeiter könnten z.B. das Internet nutzen, um ihr Fachgebiet und ihre Mitarbeiter auf einer eigenen Homepage öffentlich zu präsentieren, sodass sich Patienten und andere Interessierte informieren können.
Darüber hinaus bietet das Internet eine Vielfalt an Information und Wissen. Mit Hilfe von Suchmaschinen kann der Sozialarbeiter gezielt, in sekundenschnelle relevante Internetseiten ausfindig machen und sich aufklären lassen. Auf der

[148] Lauer 1998, S. 47

Homepage http://www.isbb.de kann er z.B. Adressen für soziale Einrichtungen recherchieren. Der Zugriff auf das Internet kann die Suche und Bestellung von Fachliteratur erleichtern, so dass der Kliniksozialarbeiter schnell auf aktuellem Wissensstand ist.

6.10.3.1 Diskussionsforen und Chat

Im Internet gibt es außerhalb von E-Mail (vgl. Kap. 6.7) noch andere Möglichkeiten fachspezifisch zu kommunizieren und Informationen mit anderen Kliniksozialarbeitern zu teilen. Es existieren sogenannte Diskussionsforen, die eine Kommunikationsplattform bieten, um Erfahrungen und Gedanken weltweit auszutauschen. [149] Die Kommunikation findet dabei nicht in Echtzeit, sondern ‚wie bei der E-Mailnutzung, asynchron statt.

Man unterscheidet Newsgroups (USENET) und Webforen. [150] Die Funktionsweise der Newsgroups hat Ähnlichkeit mit dem Zeitungswesen. Man schreibt einen Artikel und verschickt diesen über einen Newsserver, so dass dieser Beitrag weiteren Nutzern zur Verfügung steht oder an andere Server verteilt wird. Der Leser des Beitrags hat nun die Möglichkeit, eine Art Leserbrief zu schreiben und diesen öffentlich zu machen. Dadurch wird der Leserbrief wiederum zum Artikel, auf den sich weitere Nutzer beziehen können. Die Kommunikation ist somit in beide Richtungen möglich. Jede Newsgroup enthält mehrere Artikel und Gedanken zu einen bestimmten Thema. Es gibt unterschiedliche Newssysteme. USENET ist das populärste System und verbindet weltweit Newsserver.[151]

Ein Webforum ist eine Alternative zu den Newsgroups. Webforen sind Diskussionsforen auf einer Website (Internetseite). [152] Jedes Webforum besitzt ein festgelegtes Thema, das meist in weiteren Unterforen untergliedert ist. Diskussionsbeiträge können direkt auf der Internetseite hinterlassen werden. Die Nutzer können diese Beiträge lesen und beantworten. Oftmals muss man sich erst registrieren lassen, um das Webforum verwenden zu können. Registrierte Nutzer können „Threads„ abonnieren, d.h., sie werden per E-Mail informiert, wenn neue Diskussionsbeiträge hinzugekommen sind.

[149] Vgl. Wikimedia Foundation Inc. 2005
[150] Vgl. Ebenda
[151] Vgl. Ebenda
[152] Vgl. Ebenda

Nachrichten können aber auch innerhalb geschlossener Gruppen mittels E-Mail ausgetauscht werden. Innerhalb der Gruppe sind die Beiträge öffentlich. Das Lesen und Schreiben ist offline möglich. Um an dieser Form des Informationsaustausches teilzunehmen, muss man sich in eine entsprechende Mailingliste[153] eintragen lassen.

Die folgende Übersicht soll einige Beispiele für Diskussionsforen und Mailinglisten zeigen, die für den Kliniksozialarbeiter von Relevanz sein können:

- http://www.dvsg.org
- http://www.klinische-sozialarbeit.de
- http://forum.info-sozial.de
- http://www.sozial-arbeit.de/mailingl/mailing.htm
- http://www.soziales-netz.de/mailingliste/funktion.htm

Auf eine direkte Kommunikationsmöglichkeit innerhalb des Internets soll noch hingewiesen werden. Im Chat können zwei und mehr Personen in Echtzeit über geschriebene Wörter kommunizieren. [154] Für Sozialarbeiter wurden bereits Chatmöglichkeiten eingerichtet, damit ein berufsinterner Austausch stattfinden kann.

Im IRC[155] (Internet- Relay-Chat) wurde der „undernet-channel#sozialarbeit“ gegründet. Das IRC ist ein Mehrbenutzerkommunikationssystem, bei dem man sich in sogenannten Channels (Räumen) trifft um zu chatten. Für die Benutzung des IRC benötigt man eine Client-Software, die zuvor installiert werden muss. MIRC ist die verbreiteste Software und ist als Download unter http://www.mirc.de erhältlich. Einen weiteren Chat für Sozialarbeiter gibt es auf der Homepage http://sozialchat.mainchat.de .

Die Vorteile des Internets für die Krankenhaussozialarbeit können hier nur in Grundzügen abgebildet werden. Das Potenzial des Internets ist sehr groß und lässt viel Raum für weitere Verwendungsmöglichkeiten. Im weiteren soll auf eine

[153] Vgl. Vgl. Wikimedia Foundation Inc. 2005
[154] Vgl. Ebenda
[155] Vgl. Simon 2005, URL: http://www.ircfibel.de

neuere Nutzungsmöglichkeit für die Kliniksozialarbeit hingewiesen werden: die Online-Reservierung von Reha-Betten.

6.10.3.2 Das Rehaportal

Der Zeitaufwand und die Kosten sind für den Sozialdienst groß, wenn eine passende Rehabilitationsklinik für den Patienten gefunden werden soll. Gerade in Zeiten, wo die AHB-Fälle stark steigen und trotzdem im Krankenhaussozialdienst Stellen abgebaut werden, ist es wichtig, nach effizienteren Abläufen zu suchen. Ein Weg zur Entlastung des Sozialdienstes beschreitet im Moment die BfA, indem sie als Kostenträger das online gestützte Reservierungsverfahren ins Leben gerufen hat. Weitere Kostenträger, wie z.B. die AOK Baden-Württemberg, wollen diesem Beispiel folgen.

Das übliche Reservierungsverfahren läuft über das Telefon. Der Sozialarbeiter weiß vorher nicht, ob die Reha-Einrichtung genügend Betten frei hat und muss deshalb oft mehrere Einrichtungen nacheinander anrufen. Nicht jeder Anruf wird direkt entgegengenommen, sodass der Sozialarbeiter öfters zurückrufen muss. Die nächste Schwierigkeit beim Telefonkontakt liegt darin, dass keine Daten ausgetauscht werden können und zusätzlich Informationen über Fax oder Brief versendet werden müssen.[156] Durch die Möglichkeit der Online-Reservierung profitiert nicht nur der Sozialdienst allein, sondern auch die Rehakliniken und die Leistungsträger, denn diese sparen genauso Zeit und Kosten ein.

Mit dem AHB-Portal sind für die Reservierung nur noch einige Mausklicks notwendig. Durch die Belegung über das Internet ändern sich die bestehenden Abläufe nicht. Der Aufwand für die Suche nach einem geeigneten Rehaplatz verringert sich (Zeit-/Kostenersparnis). Der Sozialdienst muss sich nicht mehr an Telefonzeiten halten, sondern kann nach freier Arbeitsaufteilung „Rund um die Uhr“ eine Reservierung vornehmen. Der Belegstatus mehrerer geeigneter Kliniken ist auf einen Blick zu erkennen. Eingegebene Daten werden sofort in hinterlegte Formulare übernommen. Darüber hinaus lassen sich umfassende Informationen (z.B. Therapiemethoden, Ausstattung, Belegung, Lage usw.) zu den Rehakliniken abfragen. Der genaue Vorgang der Reservierung kann unter der Internetseite www.rehaportal.info/ nachgelesen werden.

[156] Vgl. Möller 2003, S. 7

Das AHB-Portal wird von der ALL for ONE Systemhaus AG unter der Internetseite www.Rehaportal.info/ kostenpflichtig zur Verfügung gestellt. Die Software lässt sich über den Onlinezugang nutzen, ohne dass der Kunde selbst eine Kopie auf dem Computer braucht. Aus Datenschutz-/Sicherheitsgründen wird die Kommunikation verschlüsselt und der Anwender muss sich mit Passwort, Benutzernamen und Benutzergruppe im System anmelden.
Die Nutzung des AHB-Portals kostet monatlich 100 € (zzgl. MwSt) für den ersten Benutzer und 25 € (zzgl. MwSt) für jeden weiteren Benutzer. Beinhaltet ist eine kostenlose Teilnahme an einem Seminar, wo die Funktionen des AHB-Portals gezeigt werden.

Das AHB-Portal ist mit Sicherheit ein Schritt in die richtige Richtung, aber solange nur ein bis zwei Kostenträger von vielen hundert die Online-Reservierung unterstützen, bleibt es zweifelhaft, ob sich dieses System dauerhaft durchsetzen kann. Das Problem ist auch, dass die unterschiedlichen Kostenträger alle verschiedene Antragsverfahren installiert haben. Die BfA überlässt die Entscheidung für eine Rehaklinik weitestgehend dem Sozialdienst und dem Patienten. Die LVA Mecklenburg-Vorpommern oder auch LVA Brandenburg hingegen benutzen ein anderes System und entscheiden selbst über die Rehaeinrichtung. In diesen Fällen könnte man die elektronische Kommunikation in der Zukunft mehr fördern, sodass keine Unterlagen mehr auf dem Postweg versendet werden müssen. Die Entscheidung könnte dann ja bei den Kostenträgern verbleiben.
Die Kosten des Portals sind nicht gerade unerheblich und wenn man bedenkt wie klein die Berufsgruppe der Sozialarbeiter im Krankenhaus ist, wird es fraglich, ob das Management bereit ist, diese Kostenhöhe zu akzeptieren. Es gibt bestimmt auch einige Sozialarbeiter, die sich mit diesem Geld eher Weiterbildungen finanzieren würden, anstatt es für das AHB-Portal auszugeben. Wenn alle Patienten ihre Rehabilitation durch die BfA bekommen würden, wäre es mit Sicherheit sehr lohnend das Angebot von ALL for ONE Systemhaus AG anzunehmen. Da dies aber nicht der Fall ist, müsste der Sozialdienst seinen Kostenaufwand für die Rehabilitation über die BfA genau prüfen und nach dem Kosten-Nutzenverhältnis entscheiden.

Das AHB-Portal zeigt, dass es noch viele ungenutzte Möglichkeiten im Internet gibt, die für die Kliniksozialarbeit eine Arbeitserleichterung schaffen könnten. Neben der Einrichtung solcher Portale, die sich auch besonders für die Heimplatzsuche eignen würden, sollte man sich in näherer Zukunft mehr auf die Weitergabe von Anträgen und Unterlagen an Kostenträgern sowie Rehakliniken per Datenleitung konzentrieren und entsprechende Angebote machen.

*6.11 **Administration***

Auswahlfelder (Dropdown-Menüs) können definiert und frei beschriftet werden, dadurch kann die Software individuell angepasst und erweitert werden. Es gibt viele Einstellungs- und Konfigurationsmöglichkeiten, sodass der reale Beratungsprozess abgebildet werden kann. Ein Baukastensystem erleichtert dem Administrator den Umbau oder Neuaufbau des Anwendungsprogrammes. Außerdem können die favorisierten Adressen für das Internet und Intranet festgelegt und externe Programme miteingebunden werden.

Der Administrator führt die Updates für die Datenbanken aus und verwaltet die Dokumente und die Benutzerdaten. Aufgrund des Datenschutzes (vgl. § 1- § 11 Anlage zu § 9 BDSG sowie Sozialgesetzbuch) müssen sämtliche Klientendaten geschützt werden. Deshalb erhält jeder Mitarbeiter ein Password und eine Benutzerkennung. Das Passwort kann der Mitarbeiter selbstständig verändern. Er wird sogar alle paar Wochen dazu aufgefordert. Der Systemverwalter entscheidet, für welche Bereiche der Mitarbeiter zugangsberechtigt ist. Jeder Sozialarbeiter hat nur Zugriff auf die Daten der Klienten, die er betreut. Diese Zugangsberechtigung kann geändert bzw. angepasst werden, wenn z.B. ein Mitarbeiter einen anderen vertreten muss. Durch einen regelmäßigen Passwordwechsel werden die Daten kontinuierlich geschützt.

Durch die individuellen Konfigurationsmöglichkeiten lässt sich das Programm jederzeit auf den Sozialdienst neu anpassen. Es bleibt dadurch flexibel. Wenn sich etwas an der Arbeitsweise des Sozialdienstes ändert, muss nicht gleich eine neue Software gekauft werden.

7 Software-Beispiel: LEXsoft Sozialdienst

Auf dem Fachsoftware-Markt gibt es zur Zeit nur ein Programm, das ganz speziell für die Arbeit des Kliniksozialdienstes entwickelt wurde. Der Name dieser Software lautet *LEXsoft Sozialdienst* (Kopie der Broschüre siehe Anhang).
LEXsoft Sozialdienst ist mit Zusammenarbeit der DVSG und Fachleuten aus der Klinischen Sozialarbeit entstanden. Im folgenden soll die Entwicklungsgeschichte des Programms kurz angesprochen und der Funktionsumfang beschrieben werden. Um die Praxistauglichkeit besser einschätzen zu können, wird im Anschluss daran ein Beratungsfall aus der Praxis mit der Software bearbeitet.

7.1 Geschichte der Entwicklung

In diesem Abschnitt wird die Entstehung einer speziellen Software (*LEXsoft Sozialdienst*) für den Krankenhaussozialdienst dargestellt.
Auf einer Vorstandssitzung der DVSK am 17. und 18. Oktober 1997 in Münster wurde aufgrund mehrfacher Anfragen von Kliniksozialarbeitern beschlossen, die Entwicklung einer Software für den Krankenhaussozialdienst zu unterstützen.[157]
Aus Umfragen im Verband wusste man, dass bereits viele Kollegen mit Computern arbeiteten und dabei sehr unterschiedliche Programme (z.B. Textverarbeitungsprogramm, Datenbanken, Software, die für andere Bereiche entwickelt wurde und juristische Programme etc.) benutzten.
Man setzte sich das Ziel, „[...] eine Software entwickeln zu lassen, die den spezifischen Anforderungen des Sozialdienstes genügen kann.“[158] Es wurde innerhalb der DVSK eine Arbeitsgruppe EDV gegründet, die mit Programmierern von der Firma „Softuse“ (Westerwald) zusammenarbeiten sollte. Im Jahr 1999 erschien die Erstversion von *LEXsoft Sozialdienst* im MBO-Verlag. Es gab damals viel Kritik zu dem Programm, weil die Handhabung viel zu schwierig war und noch einige ‚Kinderkrankheiten’ (Fehlermeldungen) die Anwendung charakte-

[157] Vgl. Nau 1997, S. 10f.
[158] Kaiser 1998, S. 22f.

risierten.[159] Außerdem zeigten sich viele Kliniksozialarbeiter zu diesem Zeitpunkt sehr skeptisch im Hinblick auf einen Software-Einsatz.

Ein Update musste unbedingt entwickelt werden. Der MBO-Verlag Münster konnte seine zugesicherten zeitlichen Absprachen nicht einhalten und beendete deshalb 2000 die Zusammenarbeit mit „Softuse“. [160] Der MBO-Verlag entschloss sich dazu, eine neue Version direkt im Haus programmieren zu lassen. Diese konnte im Januar 2001 fertig gestellt werden. Es gab wieder technische Probleme und Terminverschiebungen, was zu Diskussionen in der Arbeitsgruppe EDV führte. „Mit Lexsoft-Sozialdienst ist es so, wie mit einer Fußballmannschaft, die ständig verliert. Und trotzdem hält man als Fan auch in nicht so erfolgreichen Zeiten zur Mannschaft.“[161]

Die zweite Version von Lexsoft Sozialdienst wurde noch einmal komplett überarbeitet und der täglichen Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus angepaßt. Durch stetige Weiterentwicklung der Software gibt es bereits die Version 3.5, die zur Zeit die Aktuellste ist.

7.2 Vorstellung der Software

Lexsoft Sozialdienst ist ein Programm zur elektronischen Aktenverwaltung von der Aufnahme bis zur Entlassung. Es ist ganz konkret auf die Arbeit des Krankenhaussozialdienstes zugeschnitten worden. Der Hersteller verspricht, dass sich die Aktenverwaltung vereinfacht und Arbeitsabläufe effizienter werden, so dass der Sozialdienst mehr Zeit für den Patienten bekommt.[162] Der Preis des Programmes beläuft sich bei der Erstnutzung auf 578,84 € pro Exemplar. Jedes weitere Update kostet 173,65 €.

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die Funktionen des Programms gegeben.

[159] Vgl. Kurlemann/Kaiser 2001, S. 77ff.
[160] Vgl. Kurlemann/Kaiser 2001, S. 77ff.
[161] Ebenda, S. 77ff.
[162] Vgl. LexisNexis Informationsbroschüre 2005, S. 2

7.2.1 Bildschirmaufbau

Der Bildschirm setzt sich aus mehreren Teilen zusammen. Im oberen Bereich befindet sich das Dateimenü und links das Baummenü. Von beiden Menüs aus lassen sich teilweise die gleichen Programmfunktionen aufrufen. Auf der rechten Seite ist der Anzeigenbereich zu sehen. Dort werden die Fenster geöffnet, die zur Dateneingabe und Bearbeitung notwendig sind. Ganz unten am Bildschirmrand gibt es eine Statusanzeige, die den Modus (Bearbeitungs- oder Anzeigemodus) des Programmes anzeigt. Unterhalb des Dateimenüs wird in der Patientenbearbeitung eine dunkelgrüne Bearbeitungsleiste sichtbar.

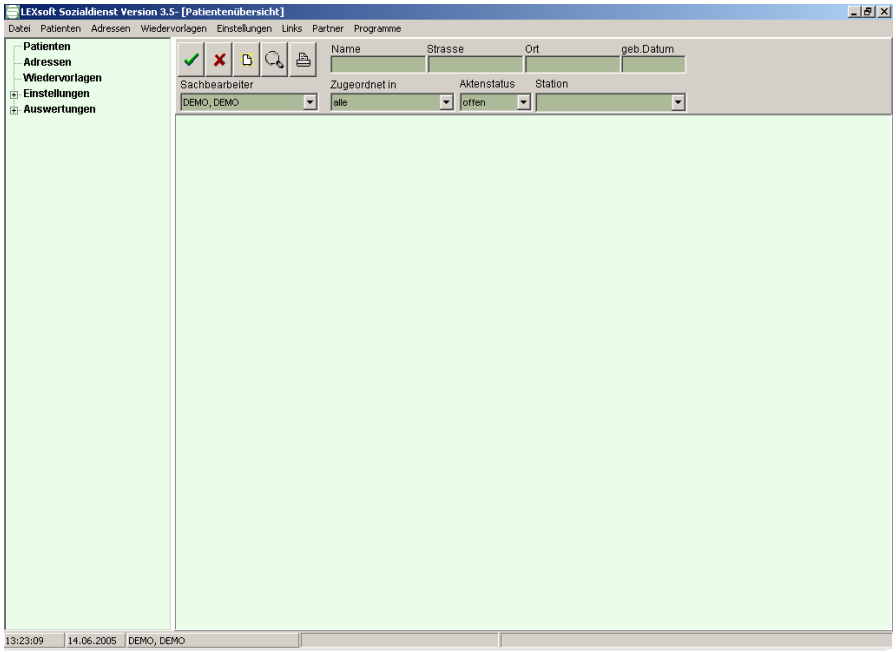


Abbildung 9 Bildschirmaufbau (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.2 Patientenübersicht

Wie auch in dem oberen Screenshot erkennbar ist, gibt es eine Suchfunktion (dargestellt durch die Schaltfläche mit dem Lupensymbol). Beim Suchen kann man Gebrauch von der Jokerfunktion (%) machen, d.h., der volle Name muss nicht eingegeben werden, weil eine Suche nach Mustern möglich ist. Sucht man z.B. den Namen Meier/Meyer und weiß nicht genau wie er geschrieben wird, so gibt man Me%er ein und erhält alle möglichen Meiers/Meyers.

Mit der vorhandenen Druckfunktion (Schaltfläche mit dem Druckersymbol) kann jederzeit eine Patientenliste gedruckt werden. Die Patientenübersicht verfügt außerdem über zwei Filter: Sachbearbeiterfilter und Aktenfilter. Mit dem Sachbearbeiterfilter kann man z.B. nur die eigenen Patienten anzeigen lassen und mit dem Aktenfilter lassen sich die Akten nach den Kriterien „alle“, „offen“, „geschlossen“ und „ohne“ auswählen.

Eine weitere Funktion in der Patientenübersicht ist die Sortiermöglichkeit der Übersichtstabelle. Dabei kann jede Spalte alphabetisch auf und absteigend sortiert werden.

7.2.3 Patientenstammblatt

Das Patientenstammblatt enthält alle Angaben zu dem Patienten.

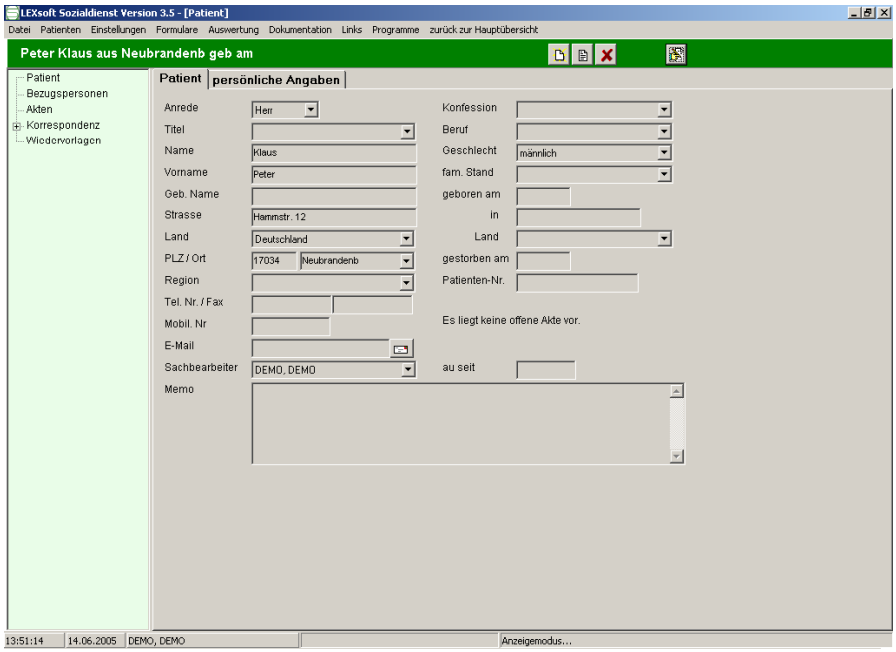


Abbildung 10 Das Patientenstammblatt (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Es gibt verschiedene Dropdown-Menüs (Auswahlfelder gekenntzeichnet durch das Dreiecksymbol am Ende des Eingabefeldes) z.B. bei den Feldern Land und Ort. Es befindet sich ein Memofeld auf dem Patientenstammblatt. Dort ist Platz für weitere frei definierbare Notizen.

Am oberen Rand des Patientenstammblattes gibt es sogenannte „Reiter“, die per Mausklick angewählt werden können und einen Wechsel zwischen den Registrierkarten (z.B. zwischen „Patient“ und „persönliche Angaben“) ermöglichen.

Zu jedem Patienten lassen sich mehrere Bezugspersonen zu ordnen. Es erscheint folgende Maske:

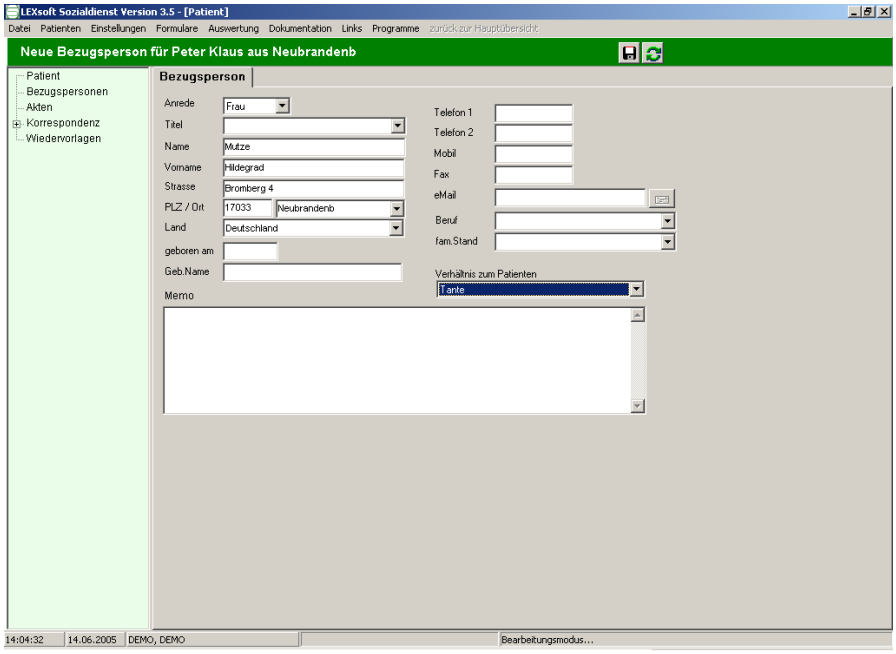


Abbildung 11 Registrierkarte für Bezugspersonen (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Diese Registerkarte bietet durch das Memofeld wieder viel Platz für Notizen und ist ähnlich wie das Patientenstammblatt aufgebaut.

7.2.4 Aktendeckblatt

Durch einen Doppelklick auf „Akte“ in der Baumstruktur (links) gelangt man zum Aktendeckblatt:

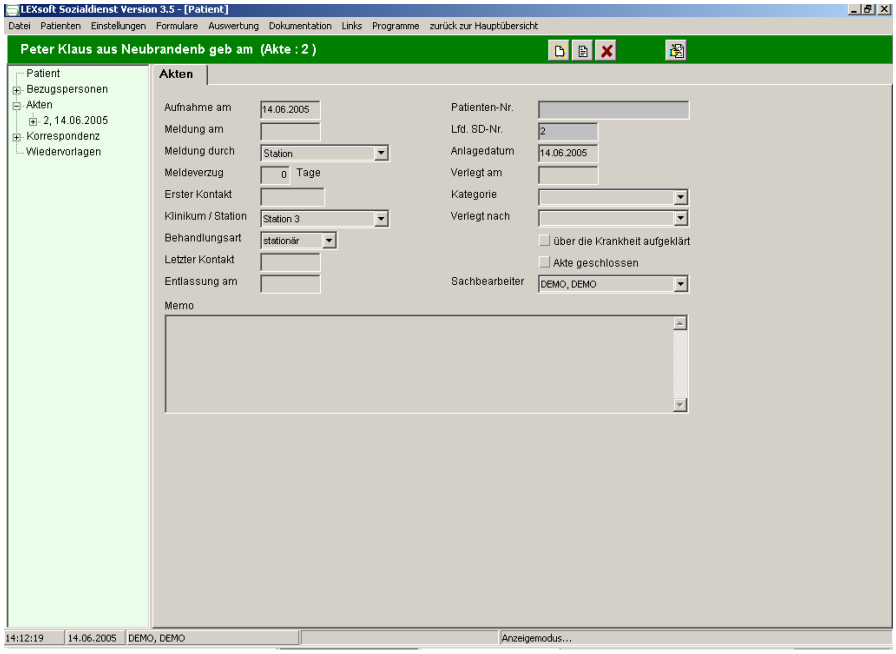


Abbildung 12 Aktendeckblatt (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Beim Abspeichern des Aktendeckblattes bekommt die Akte weitere Teile wie z.B. Diagnose, Tätigkeit und Adressen dazu. Mit einer integrierten Diagnose-Suchfunktion (auch nach ICD-10) lassen sich schnell Diagnosen finden und zuordnen.

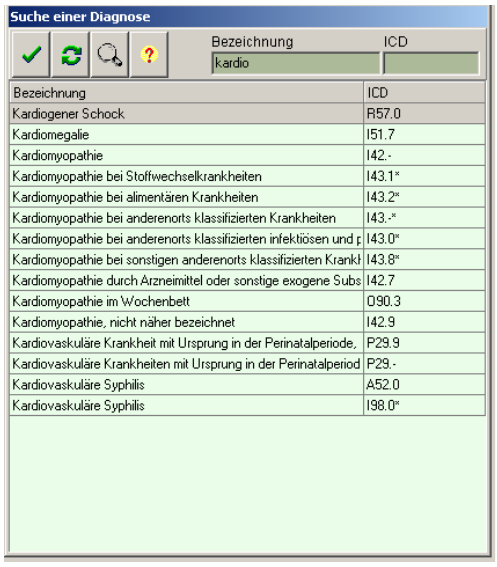

Suche einer Diagnose
Bezeichnung
kardio
ICD
Bezeichnung ICD
Kardiogener Schock R57.0
Kardiomegalie I51.7
Kardiomyopathie I42.-
Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten I43.1*
Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten I43.2*
Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten I43.-*
Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und p I43.0*
Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankl I43.8*
Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Subs I42.7
Kardiomyopathie im Wochenbett O90.3
Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet I42.9
Kardiovaskuläre Krankheit mit Ursprung in der Perinatalperiode, P29.9
Kardiovaskuläre Krankheiten mit Ursprung in der Perinatalperiod P29.-
Kardiovaskuläre Syphilis A52.0
Kardiovaskuläre Syphilis I98.0*

Abbildung 13 Diagnose-Suchfunktion (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Die ausgewählten Diagnosen werden als Tooltips in der Baumstruktur angezeigt, wenn der Mauszeiger über die Diagnose gehalten wird.

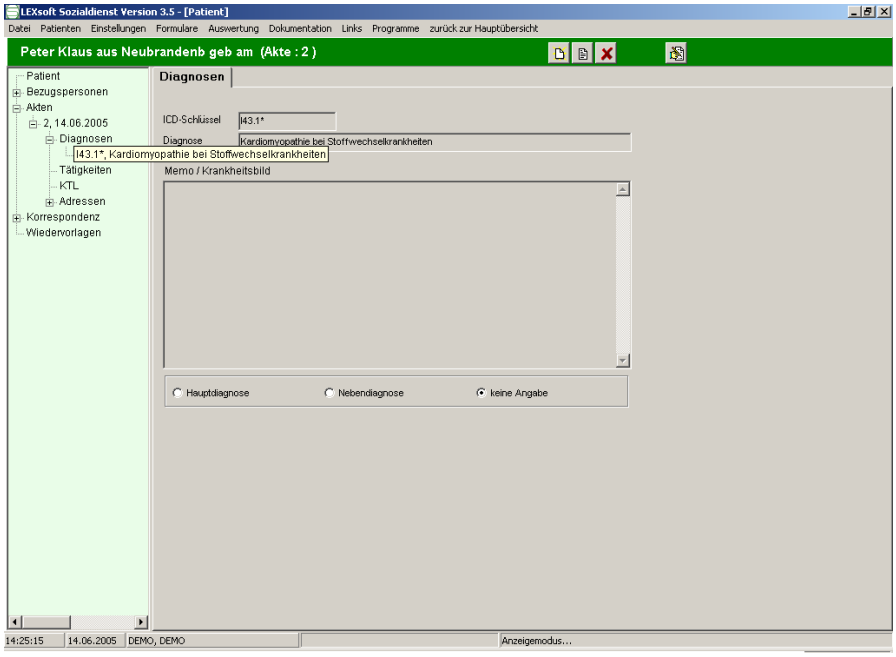


Abbildung 14 Diagnose als Tooltip (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.5 Tätigkeitsdokumentation

In der Patientenakte ist eine Tätigkeitsdokumentation enthalten. Anliegen und Tätigkeit werden mit der rechten Maustaste ausgewählt.

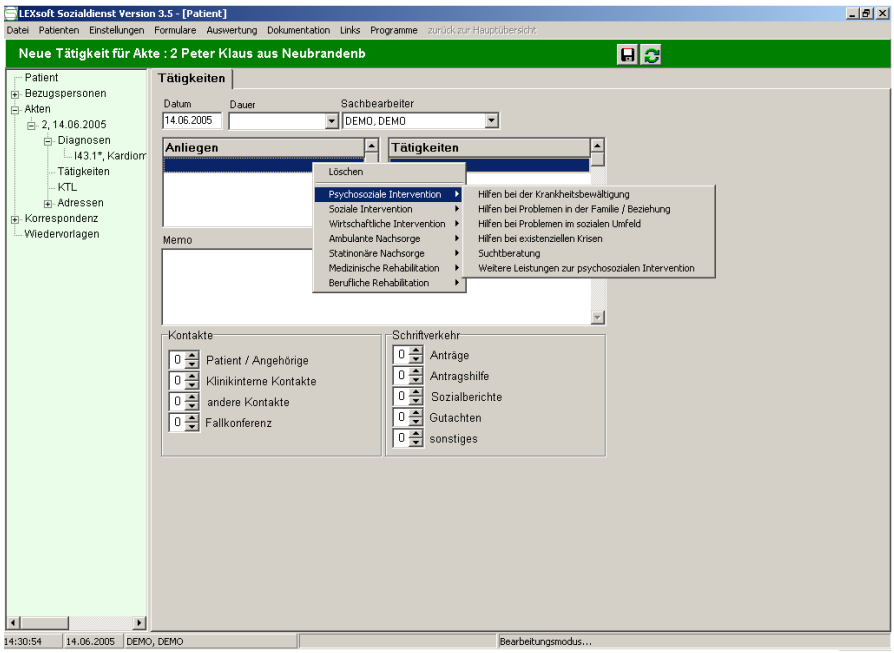


Abbildung 15 Registrierkarte Tätigkeiten (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.6 Adresszuordnung

Jeder Akte können direkt Adressen zugewiesen werden, so dass alle Kontaktpersonen übersichtlich dargestellt sind. Durch einen Doppelklick auf „Adressen“ in der Baumstruktur gelangt man zu einer Such-Schaltfläche.

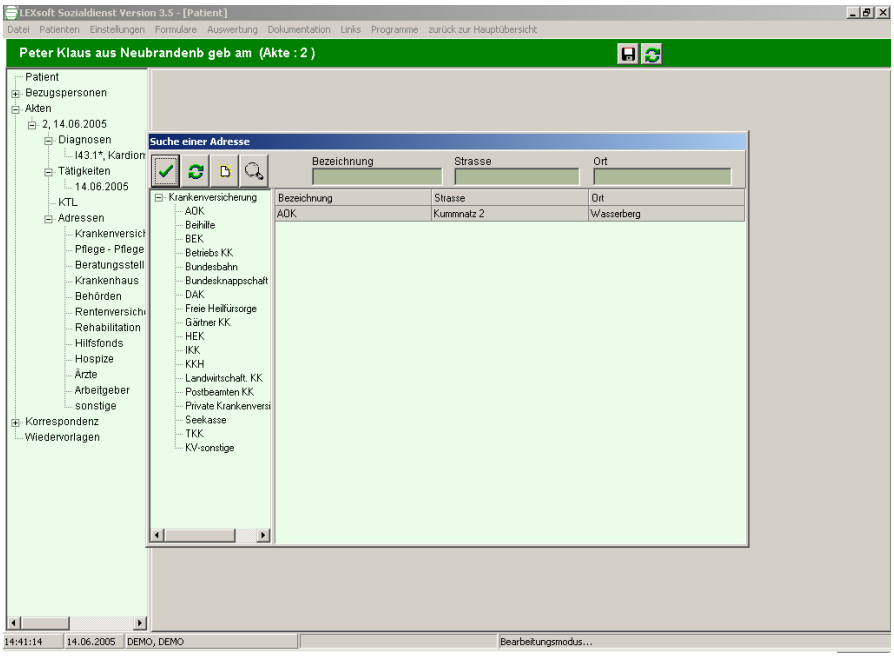


Abbildung 16 Adresszuordnung (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Bereits vorhandene Adressen können aus der Adressverwaltung übernommen und neue Adressen können eingegeben werden. Darüber hinaus ist es möglich zu den Adressen Ansprechpartner anzulegen.

7.2.7 Korrespondenz

Der Schriftverkehr jeder Akte wird durch die Korrespondenz-Funktion verwaltet. Alle Schreiben und Anträge werden gespeichert und können nachträglich weiter bearbeitet werden. Adressen aus der Adressverwaltung können als Empfänger in das Schriftstück übernommen werden. Es gibt auch die Möglichkeit das Schreiben als Fax auszudrucken, dann wird die Rufnummer aus der Adressverwaltung automatisch integriert. Die eigentliche Dokumentbearbeitung findet mit einer separaten Textverarbeitungssoftware, wie z.B. Word, statt.

7.2.8 Adressverwaltung

Alle vorhandenen Adressen sind in der Adressverwaltung sichtbar. Bearbeiten, Suchen, Neuanlegen, Löschen usw. sind als Funktionen möglich. Die Adressen sind nach Kategorien (z.B. Krankenkassen, Behörden, Krankenhäuser usw.) eingeteilt. Baumknoten verfeinern die weitere Unterteilung.

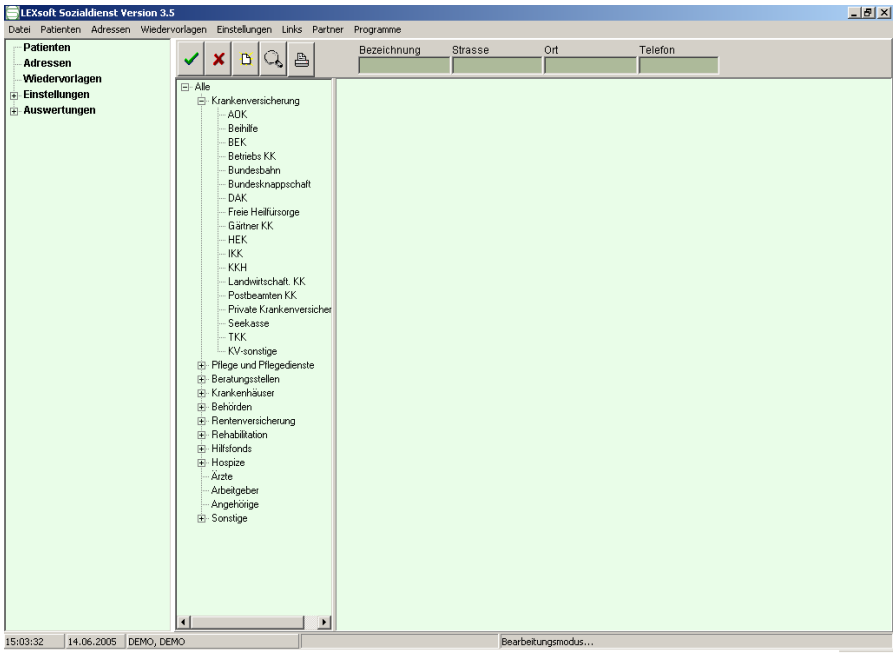


Abbildung 17 Adressverwaltung (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9 Einstellungsmöglichkeiten

Lexsoft Sozialdienst bietet einige Funktionen zur Programmkonfiguration. Diese Möglichkeiten des Einstellungsmenüs sollen an dieser Stelle kurz beschrieben werden.

7.2.9.1 Mitarbeiterverwaltung

Mit Hilfe dieser Funktion werden alle Benutzer des Programms verwaltet. Die Berechtigungen eines jeden Mitarbeiters können definiert werden. Es gibt dabei vier verschiedene Nutzertypen.

Tabelle 6 Nutzertypen im Programm Lexsoft Sozialdienst

Nutzertyp	Berechtigung
Administrator	„darf alles“
Sachbearbeiter	„darf alles, was zur täglichen Arbeit notwendig ist“
Praktikant	wenig Benutzerrechte
Gast	z.B. Zugang für Ärzte, Pflegepersonal

(Quelle: in Anlehnung an das Bedienungshandbuch von Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9.2 Vorlagen

Über diesen Menüpunkt können sämtliche Vorlagen verwaltet werden.

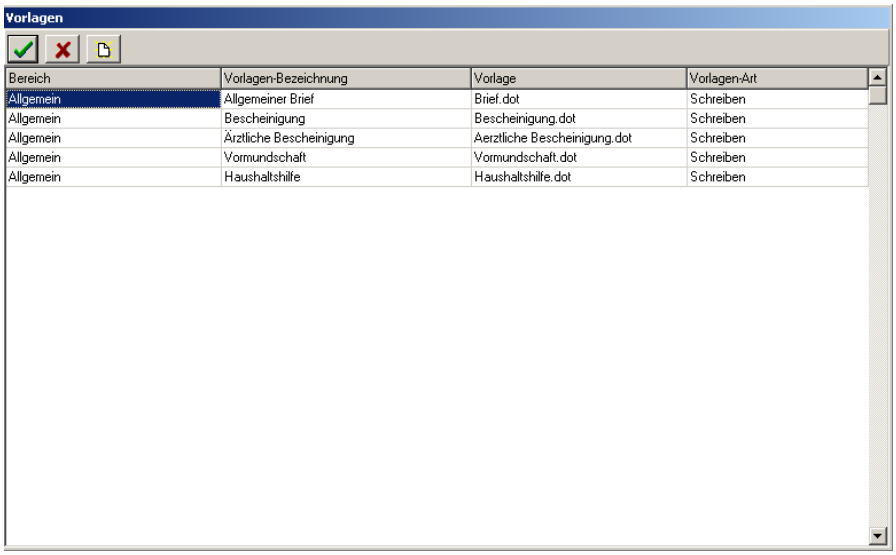


Abbildung 18 Vorlagenverwaltung (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9.3 Formularverzeichnis

Das Programm verfügt über eine umfassende Sammlung von Formularen. Über die Funktion Formularverzeichnis können alle verwendeten Formulare organisiert werden.

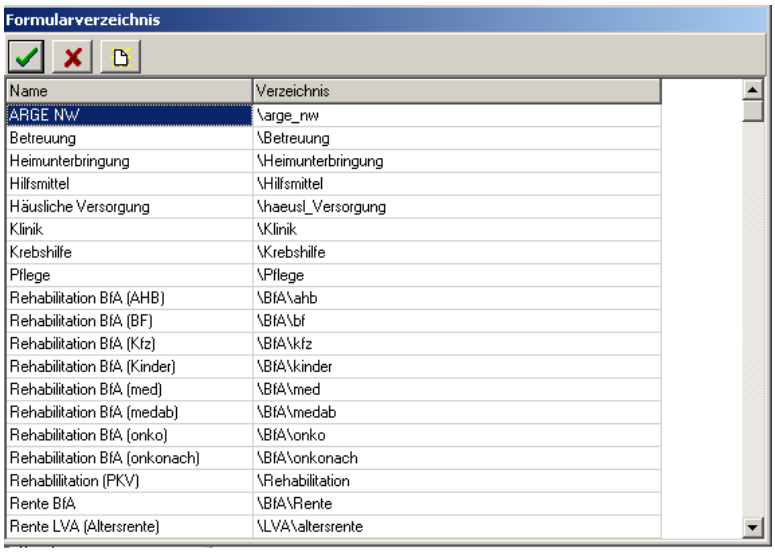


Abbildung 19 Formularverzeichnis (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9.4 Externe Programme

Hier eingetragene Programme lassen sich direkt durch den Menüpunkt „Programme“ aufrufen, ohne dass das Startmenü des Betriebssystems benötigt wird.

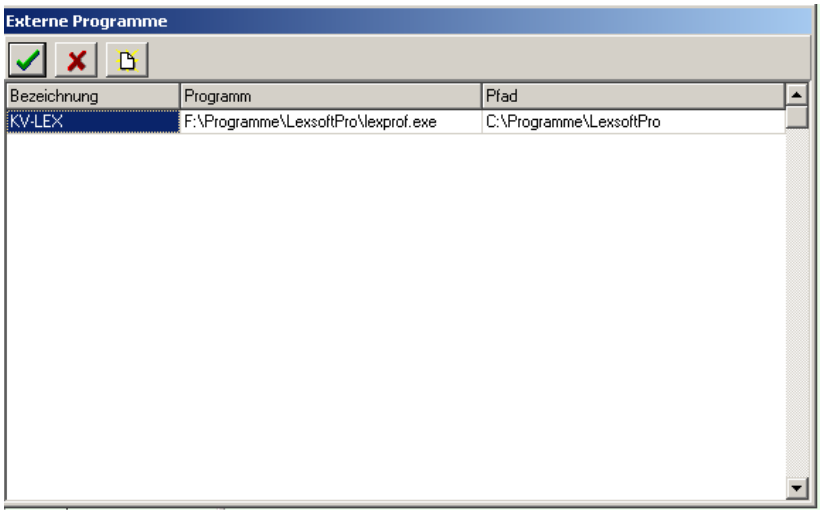


Abbildung 20 Verwaltung externer Programme (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9.5 Eigene Adresse

Die eigene Adresse (z.B. des Krankenhauses) kann hier hinterlegt werden und wird automatisch im Schriftverkehr miteingebunden.

7.2.9.6 Link-Verwaltung

Im Dateimenü unter dem Punkt „Links“ befindet sich eine Linksammlung, die als Informationsquelle dient. Es lassen sich je nach Bedarf URL’s nach Kategorien verwalten und neu hinzufügen.

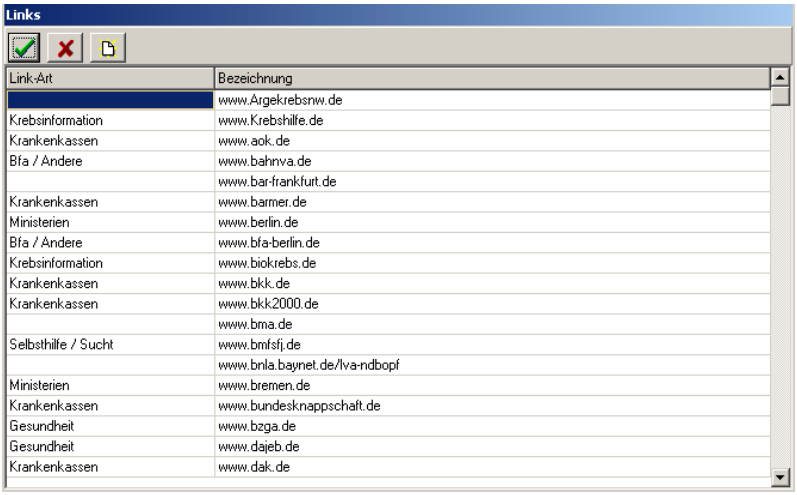


Abbildung 21 Verwaltung der Links (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.9.5 Einstellungen zu/zur Patienten / Akte

Die in den Dropdown-Menüs vorhandenen Auswahlmöglichkeiten lassen sich an dieser Stelle bearbeiten und ergänzen, so dass sie sich individuell an die Bedürfnisse des Sozialdienstes anpassen lassen.

7.2.10 Auswertung – Statisktik

Für die Auswertung bietet das Programm einen Vorselektionsdialog mit Zusatzfiltern.

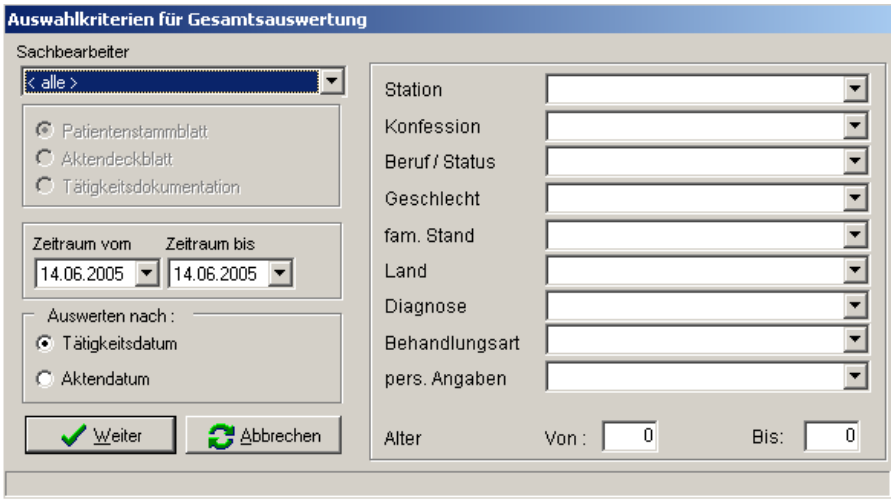


Abbildung 22 Statistikmaske (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Im Programm sind bereits gängige Auswertungstypen (z.B. Anliegen-, Stations- und Tätigkeitsauswertung u.a.) vordefiniert. Die erstellten Statistiken lassen sich individuell weiter verarbeiten.

7.2.11 Wiedervorlage-Funktion

Mit der Wiedervorlage-Funktion können zur erledigende Aufgaben festgelegt und nachgeschlagen werden. Direkt nach der Anmeldung im Programm werden alle nicht erledigten Wiedervorlagen aufgezeigt, damit nichts vergessen werden kann.

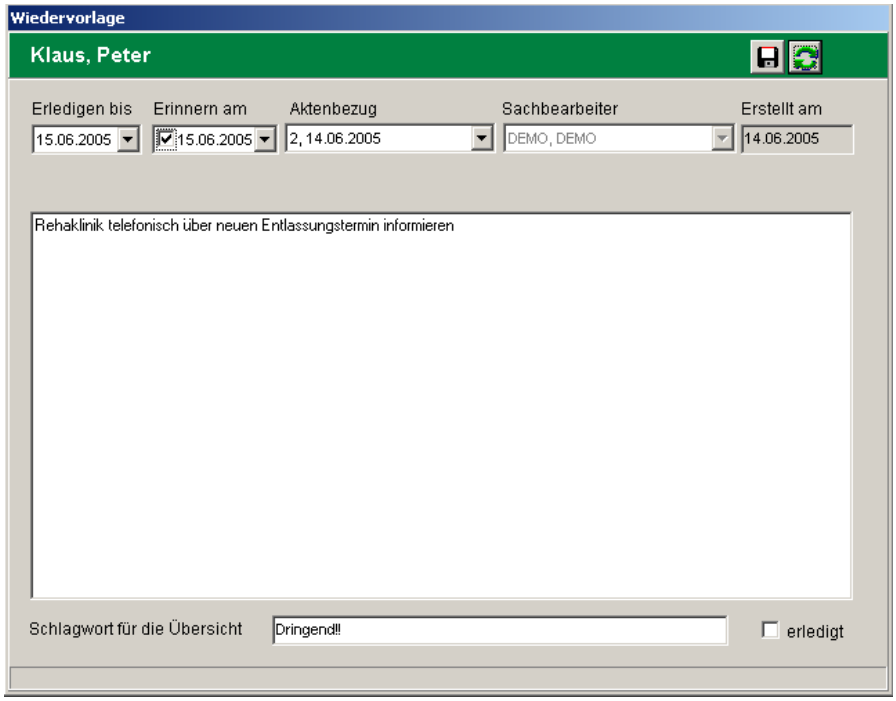


Abbildung 23 Wiedervorlage-Funktion (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

7.2.12 Assistent für Vorlagenerstellung in Word

Mit Hilfe des Assistenten lassen sich Vorlagen in Word erstellen. Diese Vorlagen können, wie die bereits vordefinierten Vorlagen, Daten aus dem Programm in das Schreiben automatisch übernehmen.

7.2.13 KV-Lex

KV-Lex ist ein integriertes Programm in Lexsoft Sozialdienst. Es lässt sich direkt über die Menüleiste aufrufen und enthält mehrere Bücher mit Fachinformationen und Gesetzen:

- Sozialversicherungslexikon
- Rehabilitationslexikon
- Medizinisches Wörterbuch

- Besprechungsergebnisse und Rundschreiben
- Urteile Sozialversicherung
- Gesetze, Verordnungen, Richtlinien
- Änderungsdokumentation
- Arbeitshilfen

Beim Starten des Programms zeigt sich folgende Maske:

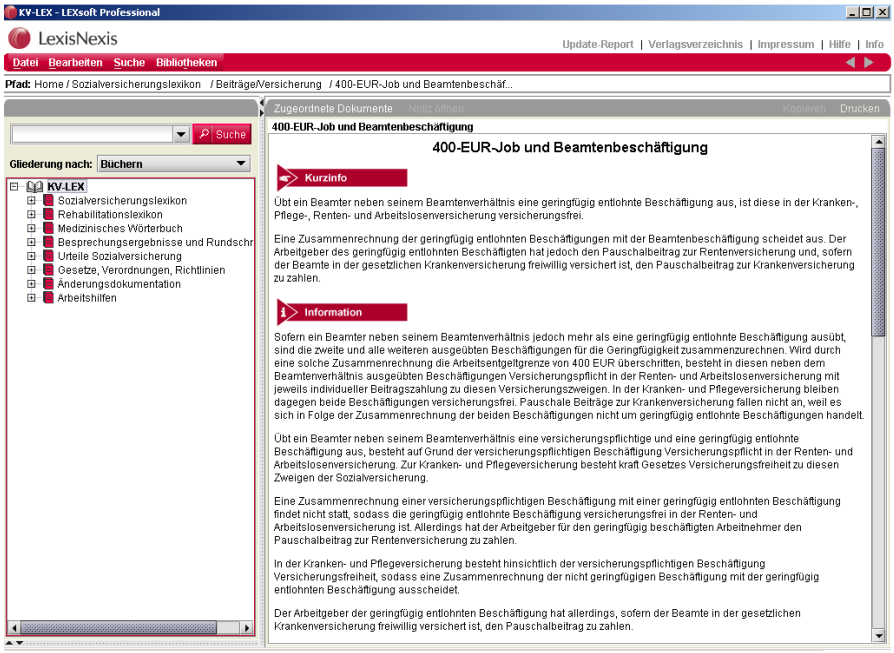

KV-LEX - LEXsoft Professional
LexisNexis
Update-Report | Verlagsverzeichnis | Impressum | Hilfe | Info
Datei Bearbeiten Suche Bibliotheken
Pfad: Home / Sozialversicherungslexikon / Beiträge/Versicherung / 400-EUR-Job und Beamtenbeschäf...
Suche
Gliederung nach: Büchern
KV-LEX
Sozialversicherungslexikon
Rehabilitationslexikon
Medizinisches Wörterbuch
Besprechungsergebnisse und Rundschr
Urteile Sozialversicherung
Gesetze, Verordnungen, Richtlinien
Änderungsdokumentation
Arbeitshilfen
Zugeordnete Dokumente
Notiz öffnen
Kopieren
Drucken
400-EUR-Job und Beamtenbeschäftigung
400-EUR-Job und Beamtenbeschäftigung
Kurzinfo
Übt ein Beamter neben seinem Beamtenverhältnis eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus, ist diese in der Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung versicherungsfrei.
Eine Zusammenrechnung der geringfügig entlohnten Beschäftigungen mit der Beamtenbeschäftigung scheidet aus. Der Arbeitgeber des geringfügig entlohnten Beschäftigten hat jedoch den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung und, sofern der Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, den Pauschalbeitrag zur Krankenversicherung zu zahlen.
Information
Sofern ein Beamter neben seinem Beamtenverhältnis jedoch mehr als eine geringfügig entlohnte Beschäftigung ausübt, sind die zweite und alle weiteren ausgeübten Beschäftigungen für die Geringfügigkeit zusammenzurechnen. Wird durch eine solche Zusammenrechnung die Arbeitsentgeltgrenze von 400 EUR überschritten, besteht in diesen neben dem Beamtenverhältnis ausgeübten Beschäftigungen Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung mit jeweils individueller Beitragszahlung zu diesen Versicherungszweigen. In der Kranken- und Pflegeversicherung bleiben dagegen beide Beschäftigungen versicherungsfrei. Pauschale Beiträge zur Krankenversicherung fallen nicht an, weil es sich in Folge der Zusammenrechnung der beiden Beschäftigungen nicht um geringfügig entlohnte Beschäftigungen handelt.
Übt ein Beamter neben seinem Beamtenverhältnis eine versicherungspflichtige und eine geringfügig entlohnte Beschäftigung aus, besteht auf Grund der versicherungspflichtigen Beschäftigung Versicherungspflicht in der Renten- und Arbeitslosenversicherung. Zur Kranken- und Pflegeversicherung besteht kraft Gesetzes Versicherungsfreiheit zu diesen Zweigen der Sozialversicherung.
Eine Zusammenrechnung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung mit einer geringfügig entlohnten Beschäftigung findet nicht statt, sodass die geringfügig entlohnte Beschäftigung versicherungsfrei in der Renten- und Arbeitslosenversicherung ist. Allerdings hat der Arbeitgeber für den geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer den Pauschalbeitrag zur Rentenversicherung zu zahlen.
In der Kranken- und Pflegeversicherung besteht hinsichtlich der versicherungspflichtigen Beschäftigung Versicherungsfreiheit, sodass eine Zusammenrechnung der nicht geringfügigen Beschäftigung mit der geringfügig entlohnten Beschäftigung ausscheidet.
Der Arbeitgeber der geringfügig entlohnten Beschäftigung hat allerdings, sofern der Beamte in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versichert ist, den Pauschalbeitrag zu zahlen.

Abbildung 24 Bildschirmmaske von KV-Lex (Quelle: Programm KV-Lex)

Im oberen Teil des Bildschirms befindet sich die Menü- und Symbolleiste mit dem Eingabefeld der „Schnellsuche“. Links darunter sieht man die Inhaltsübersicht (verfügbare Bücher). Auf der rechten Seite des Bildschirms werden die Dokumente angezeigt.

Zu jedem Dokument können eigene Notizen angelegt werden. Außerdem lässt sich jedes Dokument kopieren und drucken (von einzelnen Paragrafen bis hin zu kompletten Gesetzen).

Die Daten werden regelmäßig per CD-Rom-Update aktualisiert. Für die Zeit dazwischen gibt es ein kostenloses Online-Angebot von Lexsoft, um aktuelle Infos, Urteile und Gesetze einzusehen.

7.3 Anwendung der Software am Beispiel eines Falls

Um die Logik und Handhabung des Programmes zu testen, soll ein reales Fallbeispiel aus dem Praktikum im Sozialdienst des D.-B.-Klinikums mit Hilfe der Software bearbeitet werden. Sicherlich kann diese Form der Prüfung keinen wirklichen Praxistest ersetzen, weil die äußeren Bedingungen des Krankenhaussozialdienstes fehlen und dabei nicht beachtet werden können. Trotzdem ermöglicht dieser Test eine tendenzielle Einschätzung, ob das Programm für die Praxis geeignet ist oder nicht. Man kann dadurch auch Hinweise auf fehlende oder zureichende Funktionen bekommen. Darüber hinaus soll im Kapitel 7.3.3 die Qualität der Software anhand von Qualitätskriterien miteinbezogen und beurteilt werden.

7.3.1 Fallbeispiel

Auf den ersten Blick hat man den Eindruck, dass es bei diesem Fallbeispiel um eine einfache Rehabilitationsberatung geht. Doch in der Wirklichkeit sind die Dinge manchmal komplexer und schwieriger als sie erscheinen. Dieser Fall zeigt Besonderheiten auf, die in der Realität in dieser Form nicht oft, aber durchaus vorkommen können. In der Sozialen Beratung gibt es standardisierte Abläufe für Klientenprobleme, aber in der Wirklichkeit weichen Standards von der Komplexität der eigentlichen Fälle oft ab.

Aller Wahrscheinlichkeit nach erscheint die Ausprägung des Falles im Hinblick auf seine Besonderheiten nicht gerade bedeutend für den Test des Programmes. Doch die Komplexität des Falles hat durchaus Auswirkungen auf die Einschätzung der Software. Kreidenweis[163] beschreibt, dass die Digitalisierung von Fällen auch immer ein Verlust der ursprünglichen Information mit sich bringt. Durch standardisierte Werte wird die Situation des Klienten dargestellt und in seiner Komplexität reduziert. Diese Reduktion wird wenig oder kaum noch wahrgenommen, wenn die Software über ausreichende Elemente mit verschiedenen Ausprägungen verfügt, so dass sich der Fall genau abbilden lässt.

[163] Vgl. Kreidenweis 2003, S. 3

Das Fallbeispiel mit seiner ganzen Komplexität soll herangezogen werden, um zu testen, ob die Fachsoftware in der Lage ist, die Klientensituation hinreichend genau aufzuzeigen.

Die Chefärztin der ambulanten Strahlenklinik des D.-B.-Klinikums übergab im Juni 2004 dem Sozialdienst eine 64-jährige Patientin (Frau Beyer, Hildegard*[164]) zur AHB-Beratung. Wenige Tage darauf fand zwischen Frau Beyer und dem Sozialarbeiter ein Gespräch statt. Die Patientin berichtete, dass im April 2004 im Krankenhaus Neustrelitz eine Totaloperation (Entfernung von Uterus und Eierstöcken) bei ihr vorgenommen wurde. Man habe außerdem während des Aufenthalts in Neustrelitz eine Mammographie durchgeführt und festgestellt, dass sie Brustkrebs hat. Insgesamt musste sie dadurch 7 Wochen im Krankenhaus bleiben. Während Frau Beyer davon erzählte, merkte man ihr an, dass sie von den Ereignissen noch sehr mitgenommen war. Sie berichtete weiter, dass sie momentan eine ambulante Strahlentherapie bekäme und diese nur sehr schlecht vertrage. Zu ihrer sozialen Situation schilderte die Patientin, dass sie zu Hause einen alzheimerkranken Ehemann (seit 1998) habe, dessen Pflege sie voll beanspruche. Während des Klinikaufenthalts in Neustrelitz musste ihr Mann zur Verhinderungs- und Kurzzeitpflege ins Heim. Sie habe zwar einen Sohn (Herr Martin Beyer[165], 44 Jahre), der ginge aber arbeiten und konnte den Vater für so lange Zeit nicht zu Hause pflegen. Sie mache sich deshalb immer noch große Vorwürfe, da sich der Zustandes ihres Mannes im Heim stark verschlechtert hatte. Vorher war er gehfähig und dann nur noch bettlägerig. Sie hatte ihn sogar frühzeitig wieder aus dem Heim geholt – hatte sich keine Erholungsphase gegönnt - und unternahm seit dem alles, um ihren Mann wieder zu mobilisieren.
Sie nimmt ansonsten kaum Hilfe bei der Pflege (Pflegestufe 3) ihres Mannes an. Die Sozialstation kommt nur zum Waschen. Frau Beyer kümmert sie sich um alles andere – 24 Stunden täglich.
Im Gespräch wurden Frau Beyer die Möglichkeiten einer Rehabilitation erläutert. Die Patientin willigte ein und wollte eine Rehabilitation beantragen, ihr Ehemann sollte aber mit ihr kommen.
Der Sozialarbeiter erklärte Frau Beyer, dass es Möglichkeiten gibt, pflegebedürftige Angehörige mit in eine Rehaklinik zu nehmen. Es müsse aber erst abgeklärt

[164] * Name ist frei erfunden.
[165] * Name ist frei erfunden.

werden, ob es in ihrem Fall organisierbar wäre. Sie wurde zusätzlich darauf hingewiesen, dass es nicht einfach werden würde, eine geeignete Klinik zu finden. Viele Kliniken lehnen es von vornherein ab, pflegebedürftige Angehörige mit einer Alzheimerkrankung aufzunehmen. Ein weiterer Punkt wäre die Kostenübernahme für die Pflege ihres Mannes während der Reha. Dazu müsse die Pflegekasse kontaktiert werden. Da Frau Beyer dieses Jahr schon die Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege in Anspruch genommen hatte, mußte eine Ausnahmegenehmigung mit der Pflegekasse ausgehandelt werden.

Zum Ende des Gespräches verblieb der Sozialarbeiter mit Frau Beyer so, dass er sich um die genannten Punkte kümmere, d.h., mit der Pflegekasse alles bespreche und schon bei einigen Kliniken anfrage, ob eine Aufnahme mit dem pflegebedürftigen Ehemann möglich sei.

Eine Woche später kam die Patientin erneut zum Gespräch. Sie wirkte sehr ermüdet und geschafft. Sie müsse sich beeilen, da ihr Ehemann momentan nur für zwei Stunden von einer extra bezahlten Kraft betreut werden würde und sie die nicht zu lange warten lassen könne. Sie erzählte wieder von der Pflege ihres Mannes und wie verantwortlich sie sich für ihn fühle. Ohne ihn könnte sie nicht zu Reha fahren. Sie hätte dann nur Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen.

Der Sozialarbeiter ging näher auf ihre Situation und auf ihre persönlichen Empfindungen ein. Er betonte, wie aufopferungsvoll sie sich um ihren Mann kümmere und dass das nicht jeder tun würde. Dennoch wies er darauf hin, dass die Pflege sehr viel Kraft von ihr beanspruche und eine große Belastung wäre – gerade bei einem Alzheimer-Patienten. Sie bestätigte dies. Weiter sagte der Sozialarbeiter, dass ihre Erkrankung ihr auch sehr viel Kraft kostet und sie aufpassen muss, dass sie sich nicht überbelastet, denn ihr Mann braucht sie. Deshalb ist es wichtig, dass sie auf ihre Gesundheit achtet. Der Sozialarbeiter fragte sie, ob sie sich vorstellen könnte, sich mit anderen alzheimerbetroffenen Angehörigen über ihre Probleme auszutauschen. Er erzählte ihr von der Selbsthilfegruppe für Angehörige von Alzheimer-Patienten und bot ihr an Kontakt herzustellen. Sie sagte, dass man mit manchen Problemen alleine klar kommen müsse und sie keinen Kontakt dahin wolle. Der Sozialarbeiter antwortete, dass es manchmal sehr befreiend sein kann, wenn man sich mit anderen Betroffenen zusammen tut. Die haben ähnliche Probleme und können einen unterstützen. Sie war damit einverstanden, dass der Sozialarbeiter ihr die Telefonnummer mitgibt.

Der Sozialarbeiter informierte Frau Beyer außerdem über den aktuellen Stand der Dinge: Die Pflegekasse wäre bereit mit sich verhandeln zu lassen. Eine geeignete Klinik zu finden, gestalte sich schon schwieriger, v.a. weil durch ihre Grunderkrankung und durch den Kostenträger (in diesem Fall die BfA) nur eine bestimmte Auswahl von Kliniken zur Verfügung stehe. Die Patientin wiederholte sich und sagte, dass sie ohne ihren Mann nicht zur Reha könnte. Eine wichtige Frage kristallisierte sich heraus, was wird die Reha für Frau Beyer bringen, wenn ihr Mann tatsächlich dabei wäre. Schließlich ergab sich auch die Frage, wie lange ihr Mann unbeaufsichtigt bleiben könnte. Selbst in der Rehaklinik kommt die Pflegekraft, ähnlich wie ein ambulanter Dienst, nur für ein paar Minuten vorbei und geht dann wieder, sodass ihr Mann während ihrer Behandlungszeiten teilweise alleine auf dem Zimmer wäre. Der Sozialarbeiter fragte sie: „ Was glauben Sie, wie lange wäre es für ihren Mann zumutbar alleine zu sein?“ „Wie lange wäre es für sie zumutbar zu wissen, dass ihr Mann alleine ist.“ Sie erwiderte sinngemäß, dass ihr Mann nicht so lange alleine bleiben könnte und sie sich die ganze Zeit Sorgen machen würde, wenn sie wüsste er wäre alleine.“ Weiter fragte der Sozialarbeiter, wie sehr sie sich auf die Reha einlassen könnte, wenn ihr Mann dabei wäre. Was würde die Reha unter diesen Voraussetzungen für sie bringen? Sie sagte, dass der Arzt ihr die Reha vor allem empfohlen habe, damit sie Abstand zur Pflege ihres Mannes bekäme, das wäre ja dann nicht der Fall und richtig erholen könnte sie sich ja dann auch nicht, weil sie ihren Mann natürlich weiter umsorgen würde. Der Sozialarbeiter fragte sie nach möglichen Alternativen. Gibt es in der Familie oder im näheren Bekanntenkreis vielleicht eine Person, der sie die Pflege ihres Ehemannes übertragen könnte. Es wäre ja schließlich nur für eine begrenzte Zeit (ca. 3 Wochen). Sie verneinte diese Frage mit der Begründung, sie könnte es niemanden zumuten. Sie kam zu dem Schluss, dass die Reha ihr im Moment nicht weiter helfen könnte. Die Pflege ihres Mannes hätte einen zu hohen Stellenwert in ihrem Leben. Selbst wenn ihr Mann zu Hause gut versorgt wäre, würde sie sich ständig Vorwürfe machen, dass sie nicht da ist und hätte Angst, dass sich sein Gesundheitszustand wieder verschlechtert.

Der Sozialarbeiter schlug ihr vor, dass sie alles noch einmal gründlich überdenken solle,um dann Bescheid zu geben, wie sie sich entschieden hat.

Auf den ersten Blick handelte es sich um eine alltäglich vorkommende Rehabilitationsberatung. Doch schnell zeigte sich, dass es damit verknüpft noch weitere Probleme gab. Der Sozialarbeiter versuchte alles mögliche zu tun, um auf die Patientin einzugehen und weitere Hilfen zu vermitteln. Doch die Möglichkeiten waren begrenzt. Der Patientin sollte auch nichts aufgedrängt werden. Wichtig in diesem Fall war v.a., dass ihr mal jemand zugehört hat und sie über ihren Kummer sprechen konnte. Während der Gespräche wurde auch deutlich, dass es Frau Beyer weniger um die direkte Hilfe ging. Deshalb stärkte der Sozialarbeiter sie in ihrer Position als Pflegende und sagte ihr, dass ihre Gefühle normal seien und sich jeder in dieser Situation total überfordert fühle. Trotzdem wurde die Rehabilitation nicht aus den Augen verloren. Mit Fragen wollte der Sozialarbeiter erfahren, was Frau Beyer eigentlich von der Reha erwartet. Eine Sondergenehmigung der Pflegekasse war bereits in Bearbeitung. Ob eine Rehaklinik gefunden worden wäre, die beide aufnimmt, ist unklar. Aber die Frage, ob die Reha ihr was bringen würde, wenn der Mann dabei ist, hatte alles weitere erübrigt. Der Sozialarbeiter wollte Frau Beyer Anstöße geben, damit sie neue Gedanken entwickelt und eventuell auf die Idee kommt, eine Reha ohne ihren Mann zu versuchen. Sein Nachfragen sollte die Patientin somit nicht von einer Reha abbringen. Doch Menschen sind sehr komplex und funktionieren (zum Glück) nicht wie ein Computerprogramm. Sie konnte sich nicht vorstellen mit/ohne Mann in eine Rehaklinik zu fahren. Sie beantragte deshalb beim dritten Gespräch auch keine Reha mehr. Der Sozialarbeiter gab ihr noch den Hinweis, dass sie eventuell später mal eine Kur über ihren Hausarzt beantragen könnte. Damit war der Fall für den Sozialdienst abgeschlossen.

7.3.2 Fallbearbeitung anhand der Fachsoftware (Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 1: Frau Beyer muss als Patientin in der Software neu angelegt werden.

Abbildung 25 Anlage eines neuen Patienten (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 2: Das Patientenstammblatt muss mit allen wichtigen Grunddaten ausgefüllt werden.

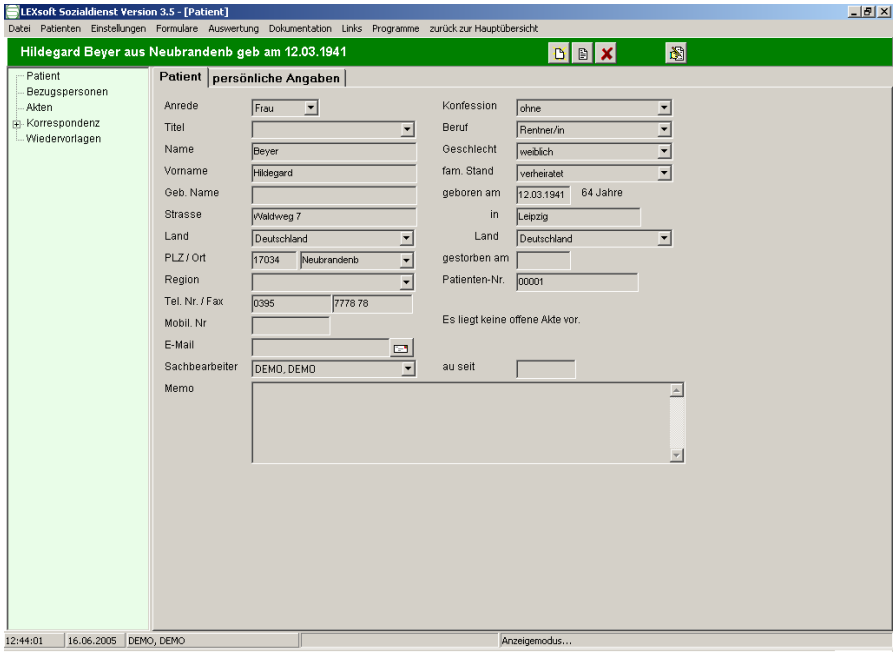


Abbildung 26 Patientenstammblatt von Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 3: Bezugsperson (Sohn: Martin Beyer) wird angelegt. Im Drop-Down-Menü „Verhältnis zum Patienten“ erscheint die Auswahlmöglichkeit „Sohn“ nicht. Durch eine einfache Änderung im Dateimenü „Einstellungen“, „Patient“ und „Bezugspersonen“ kann eine weitere Auswahlmöglichkeit wie „Sohn“ schnell und praktisch hinzugefügt werden.

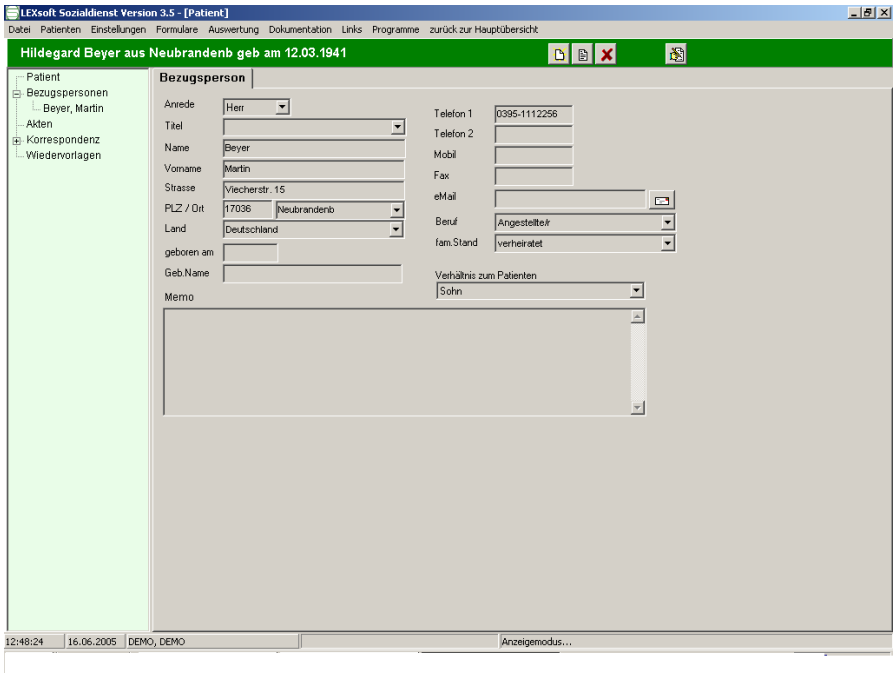


Abbildung 27 Bezugspersonen von Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 4: Das Aktendeckblatt wird bearbeitet. Auch hier können alle Drop-Down-Menüs optimal angepasst werden.

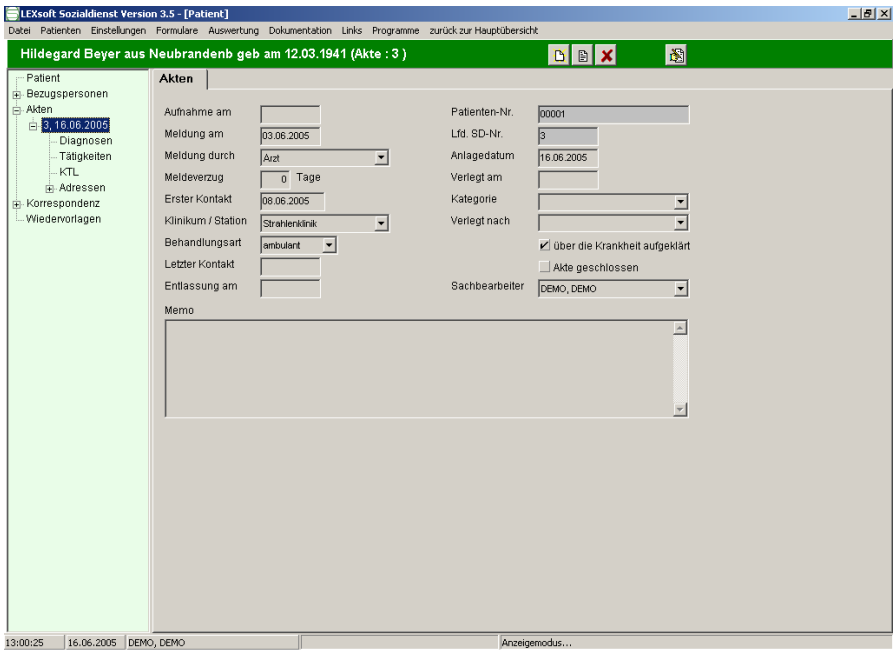


Abbildung 28 Aktendeckblatt von Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 5: Die Diagnose der Patientin soll in das Programm eingegeben werden. „Mammakarzinom“ bzw. „Brustkrebs“ wird als Diagnose in der Datenbank nicht gefunden. Da „Mammakarzinom“ bzw. Brustkrebs als neue Diagnose nicht hinzugefügt werden kann, bleibt die Diagnose in der Akte offen. Als Alternative ist ein Fenster mit dem Titel „Diagnose unbekannt“ wählbar. Die Diagnose lässt sich dort aber nicht in das entsprechende Feld einsetzen. Nur der dort vorhandene Memobereich kann frei ausgefüllt werden.

Erst durch das manuelle Nachschlagen in der ICD10 wird der ICD10-Code für die Diagnose „Mammakarzinom“ (C50.9) bekannt. Die Diagnose-Suchfunktion findet die entsprechende Zuordnung zu diesem Code, so dass sich ein Diagnose-Fenster mit der Formulierung „ Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet“ öffnet und bearbeiten lässt.

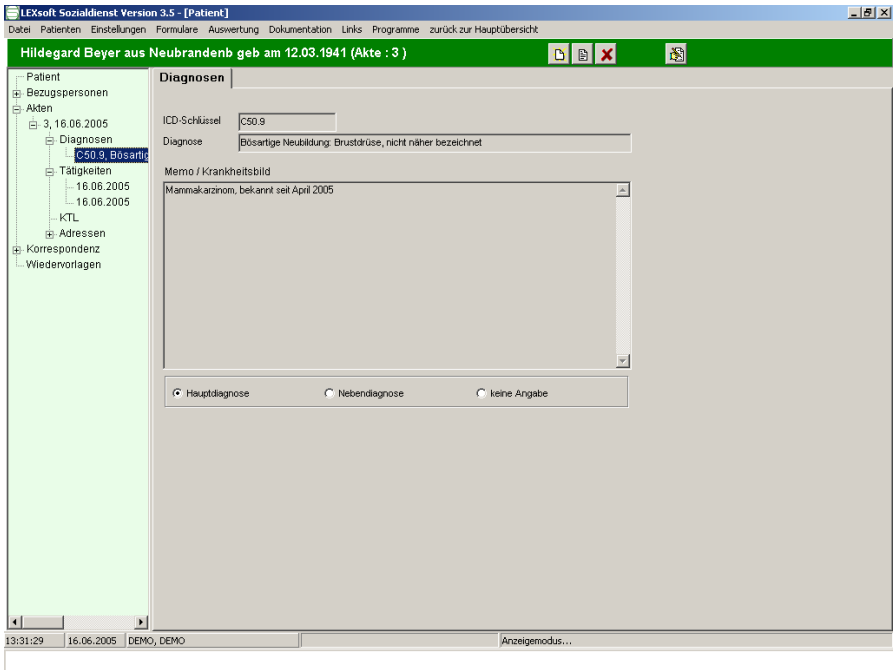


Abbildung 29 Diagnose von Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 6: Die Tätigkeiten werden dokumentiert. Die Inhalte der Gespräche mit Frau Beyer werden kurz und knapp im Memofeld festhalten.

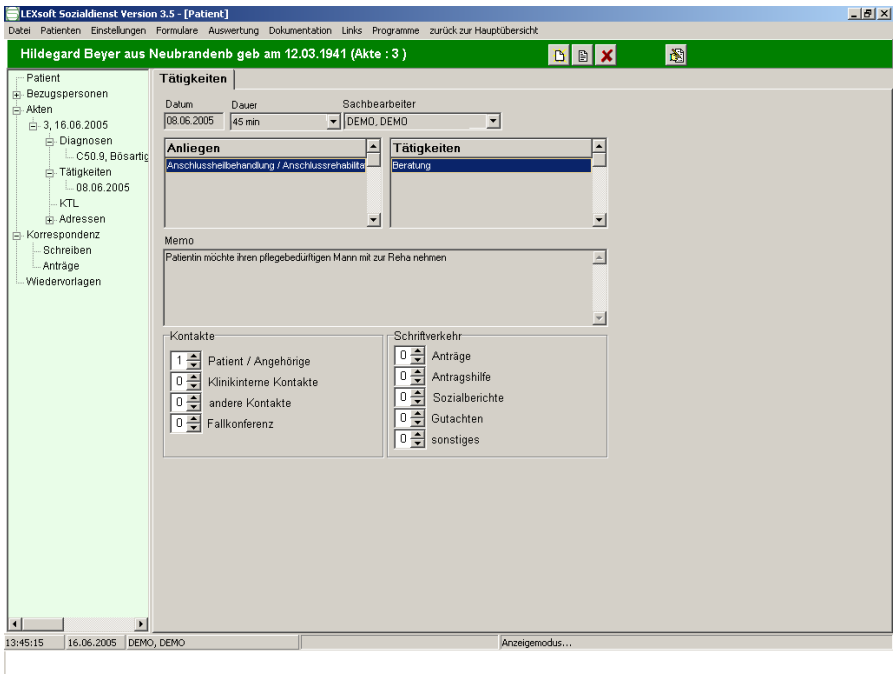


Abbildung 30 Tätigkeiten bei Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 7: Alle erforderlichen Adressen (z.B. Pflegekasse und Rentenversicherungsträger) werden der Akte zugeordnet.

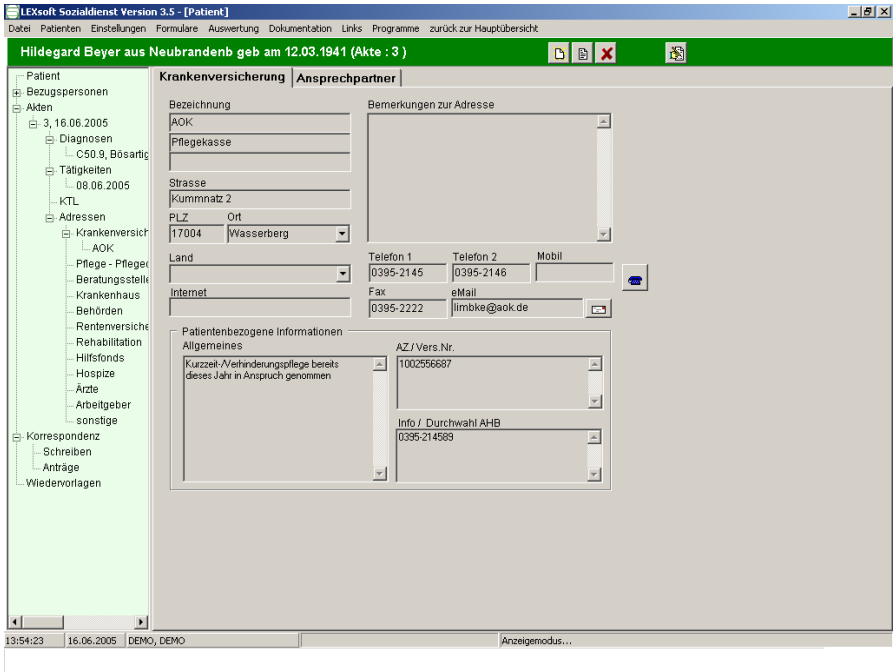


Abbildung 31 Ansprechpartner in der Akte von Frau Beyer (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 8: Die Wiedervorlagen werden eingerichtet, damit der Sozialarbeiter an die zu erfüllenden Aufgaben (wie z.B. Telefonat mit Pflegekasse und Rehaklinik) erinnert wird.

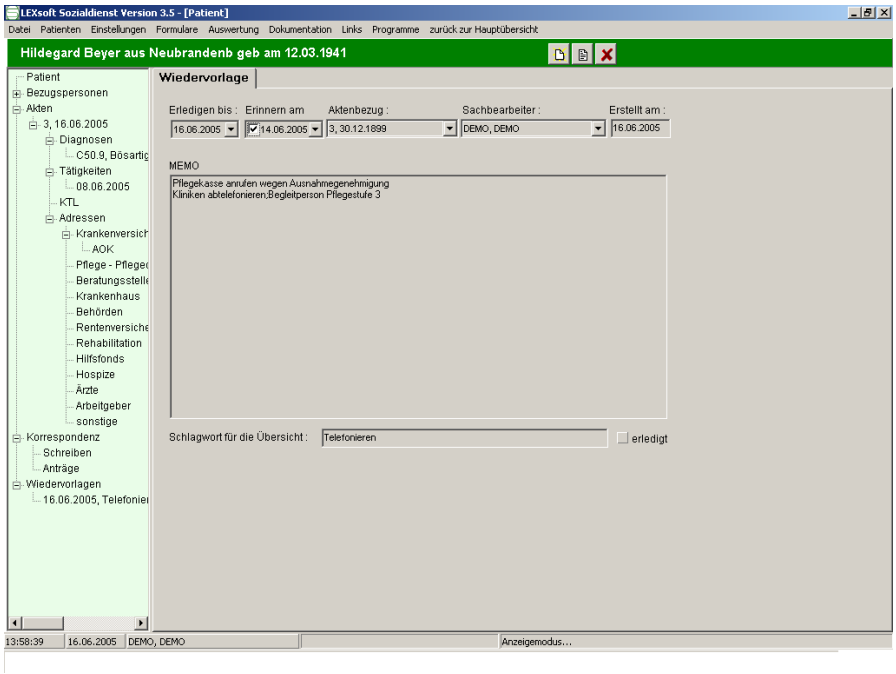


Abbildung 32 Wiedervorlagen (Quelle: Programm Lexsoft Sozialdienst)

Schritt 9: Frau Beyer entschied sich aus persönlichen Gründen gegen eine Rehabilitation, so dass in ihrem Fall keine Korrespondenz angelegt werden musste. Das Programm bietet zwar die Möglichkeit den Schriftverkehr zu verwalten, doch eine Funktion, um Gesprächsinhalte von telefonischen Kontakten festzuhalten, fehlt an dieser Stelle. Die Telefonate mit der Pflegekasse oder mit den einzelnen Rehakliniken müssten dokumentiert werden, damit bei der Weiterbearbeitung des Falls immer alle Kontaktpersonen und Absprachen bekannt sind.

Im Nachfolgenden soll trotzdem beispielhaft eine Korrespondenz angelegt werden, um die Praktikabilität dieser Funktion zu prüfen. Es soll ein formloser Antrag für die Pflegekasse verfasst werden. Aus dem Adressverzeichnis der Akte heraus kann ein Schriftstück erstellt werden. Dazu wird der Ansprechpartner ausgewählt (in diesem Fall die Pflegekasse der AOK) und eine bereits existierende Vorlage (z.B. allgemeiner Brief) benutzt. Das Programm öffnet das Schreiben komplett mit allen Adressen (Adresse des Krankenhauses, Adresse der Pflegekasse und der Patientin) und aktuellem Datum automatisch in Word, wo eine weitere Bearbeitung des Textes stattfinden kann.

Wenn Vorlagen zu einer bestimmten Thematik nicht vorhanden sind, so können sie mit Hilfe des Word-Assistenten, der mit Lexsoft Sozialdienst mitgeliefert wird, eingerichtet werden. Die Handhabung dieser Funktion gestaltet sich jedoch für einen ungeübten Nutzer als sehr schwierig. Eine schriftliche Einweisung (im Bedienungshandbuch der Software enthalten) sollte genügen, um mit Hilfe des Assistenten Vorlagen zu entwerfen.

Außerdem kann der Antrag auf Rehabilitation für Frau Beyer im PDF-Format am Computer ausgefüllt werden, wenn sie z.B. bei der BfA rentenversichert ist. Ansonsten fehlen die Formulare für andere Rentenversicherungsträger wie z.B. Seekasse, Bundesknappschaft, Bahnversicherungsanstalt und der verschiedenen LVA's.

7.3.3 Persönliches Resümee

Der Fall von Frau Beyer wurde mit Lexsoft Sozialdienst bearbeitet, um festzustellen, wie effektiv sich dieses Programm im Einsatz präsentiert. Da die Software nur an einem Praxisfall getestet wurde, lässt sich lediglich ein allgemeiner Trend ableiten. Man kann zu dem Schluss kommen, dass Lexsoft Sozialdienst über alle notwendigen Funktionseinheiten verfügt, die für eine Aktenverwaltung im Krankenhaussozialdienst wichtig sind. Sicherlich büßt der reale Fall an Komplexität ein. Doch durch die vorgegebenen Items werden die Fälle immer noch relativ genau dokumentiert, so dass dieser Komplexitätsverlust weniger wahrgenommen wird. Davon mal abgesehen gibt es, einige Unzulänglichkeiten, die die Software aufweist und die an dieser Stelle kurz erläutert werden sollen.

Das Programm gibt mit seinen Aktensystem eine Reihe von definierten Parametern vor. Die meisten davon sind grundsätzlich erforderlich, um die wichtigsten Daten der Patienten zu verwalten. Es existieren außerdem großzügig angelegte Eingabefelder zur persönlichen Angaben der Patienten. Ein Nachteil dieser Felder ist, dass sie sich nicht umstrukturieren oder neu beschriften lassen. Ähnlich sieht es mit den zahlreichen Memofeldern aus. Sie alle können nicht mit Titeln belegt werden. Die Idee, Memofelder im Programm einzusetzen, ist an sich sehr gut. Trotzdem sollte es möglich sein, sie bei Bedarf mit Überschriften zu versehen, weil es ansonsten an Kontinuität fehlt und ein Durcheinander entstehen könnte. Der Nutzer notiert nämlich eine Information mal in das Memofeld auf der Akte

und mal woanders hin, so dass er im Nachhinein nicht weiß, wo was steht und alles durch Lesen des ganzen Feldes oder sogar aller Aufzeichnungen recherchieren muss. Feste Absprachen mit den Kollegen, an die sich alle halten, könnten erste Abhilfe für diese Problematik schaffen.

Ein anderer Nachteil des Programms, der sich erst bei der Fallbearbeitung zeigte, ist die fehlende Druckmöglichkeit für eine komplette Akte. Diese Funktion kann sehr sinnvoll sein, vor allem, wenn Nachweise gegenüber Dritten erbracht werden müssen.

Bei der Anwendung der Software fiel des weiteren auf, dass eine direkte Verwaltung von Gesprächsnotizen fehlte. Unter dem Punkt Tätigkeiten in der Akte gibt es zwar einen Memobereich, der wohl dafür gedacht ist, aber sich als ungünstig erweist. Wird z.B. eine Gesprächsnotiz gesucht, so kann dies ab einer bestimmten Anzahl von aufgelisteten Tätigkeiten Schwierigkeiten mit sich bringen. Die Tätigkeiten werden durch das Kriterium des Datums unterschieden und angezeigt. Kein Nutzer kann sich aber immer das genaue Datum einer Notiz merken und wird dann alle Tätigkeiten durchklicken müssen, was einen unnötigen Zeitaufwand bedeutet.

Die Verwendung des Programms ergab zudem, dass die Möglichkeit für abschließende Bemerkungen (Ergebnisse) zu den Fällen fehlen. Frau Beyer z.B. wollte letztendlich keine Rehabilitation mehr. Dieses wichtige Ergebnis müsste deutlich erkennbar in der Akte festgehalten werden können. Aus der Praxis ist bekannt, dass der Sozialdienst häufig Rückfragen zu bereits bearbeiteten Fällen bekommt. Ein Mausklick auf diese Endnotiz könnte die wichtigsten Informationen auf einen Blick darstellen. Man wüsste dann genau, wann ein Patient, in welche Rehabilitationsklinik verlegt wurde.

7.3.4 Beurteilung nach allgemeinen Qualitätskriterien

In diesem Abschnitt wird Lexsoft Sozialdienst nach verschiedenen Qualitätskriterien mit Schulnoten bewertet. Dabei fließen die persönlichen Benutzererfahrungen aus dem Kapitel 7.3.1 mit ein und vervollständigen das Bild. Zur besseren Übersicht werden die Ergebnisse in einer Tabelle aufgeführt:

Noten: 1 = sehr gut
2 = gut
3 = befriedigend
4 = ausreichend
5 = mangelhaft
6 = ungenügend

Tabelle 7 Beurteilung von Lexsoft Sozialdienst nach allgemeinen Qualitätskriterien

KRITERIUM	BEWERTUNG	BEGRÜNDUNG
Allgemeine Bedienerfreundlichkeit	Note: 1	Der Bildschirm ist klar und übersichtlich aufgeteilt. Die Funktionen des Programmes sind über das windows-orientierte Dateimenü und über ein Baummenü zu erreichen. In der Bedienungslogik gibt es keine optischen Brüche, weil der Bildschirmaufbau durchweg beibehalten wird. Die Patienten werden nach einem überschaubaren Aktensystem verwaltet. Die verwendeten Icons sind aufgrund ihrer Größe gut zu erkennen.
Steuerbarkeit	Note: 2	Alle Programmfunktionen sind durch die zwei Menüformen (Datei- und Baummenü) sehr einfach zu finden und zu bedienen. Mit der strukturierten Aktenverwaltung werden die wesentlichen Abläufe abgebildet. Einige Kernprozesse des tatsächlichen Arbeitens ließen sich außerhalb des Aktensystems noch besser darstellen. Die Datensatz-Such-Möglichkeit bietet aufgrund der Joker- und Sortiermöglichkeit gute Ergebnisse. Der gewählte Datensatz wird tabellarisch angezeigt und kann gedruckt werden.

Selbsterklärungs-fähigkeit	Note: 4	Bis auf die Bezeichnung „au seit“ (gemeint ist „arbeitsunfähig seit“ sind alle Beschriftungen selbsterklärend und verständlich. Die relativ eindeutigen Icons werden zusätzlich durch Tooltipps („Sprechblasen“ über den Icons) erklärt. Im Programm kann durchweg Text eingegeben werden. Auf Eingabeschlüssel und Abkürzungen wird komplett verzichtet. Ein entscheidender Mangel, der auch zur Verschlechterung der Gesamtnote beiträgt, ist die fehlende Online-Hilfe. Im Programm selbst ist überhaupt gar keine Hilfe integriert. Das Benutzerhandbuch im PDF-Format befindet sich auf der Installations-CD und kann daher nur umständlich aufgerufen werden. Die Hilfe-Funktion lässt sich aber nicht durch eine Bedienungsanleitung ersetzen, das bedeutet, dass dieses Programm über keine Hilfe verfügt.
Anpassbarkeit	Note: 4	Es lassen sich zwar die Feldinhalte bei den Auswahlfeldern verändern, doch weiter geht die Anpassungsfähigkeit der Software nicht. Die Feld-Bezeichnungen sind starr und somit unveränderlich. Ebenso lassen sich die Memofelder nicht mit Titeln beschriften. Selbst die Reihenfolge der Maskeninhalte ist dauerhaft vorgegeben und kann an die individuellen Bedürfnisse des Sozialdienstes nicht angepasst werden. Aufgrund dieser schlecht ausgebildeten Kundenorientierung kann die Note nicht besser als „ausreichend“ sein.
Laufsicherheit	Note: 3	Während der kurzen Testzeit von ca. 4 Wochen lief das Programm fast fehlerfrei. Zweimal kam es zu ein und der selben Fehlermeldung, die das Arbeiten mit dem Programm beeinträchtigte. Die Richtigkeit des Outputs konnte rechnerisch nicht überprüft werden. Die Gesamtnote bleibt nur befriedigend.

Fehlerrobustheit	Note: 4$^-$	Es gab während der Testphase bei Fehlbedienungen keine Programmabstürze. Das Laden von KV-Lex dauerte teilweise lange, so dass der Nutzer einen Programm-Absturz vermutete. Bei den zwei auftretenden Fehlermeldungen gab es keinen Hinweis auf die Behebungsmöglichkeit (z.B. Neustart des Programms). Außerdem ließ die Plausibilitätsprüfung stark zu wünschen übrig. Im Feld „Geburtstag“ wurde zu Testzwecken das Geburtsjahr 1814 eingegeben und vom Programm akzeptiert. Es wurde sogar das Alter von 191 Jahren durch das Programm automatisch ermittelt, ohne nach Plausibilität zu prüfen. Ähnlich ist es bei der regulären Datumseingabe (Datum 01.01.1714 wurde anstandslos akzeptiert). Selbst die Groß- und Kleinschreibung wurde von der Software nicht kontrolliert. Der Patientenname wurde z.B. in unkorrigierter Kleinschreibung in das Patientenstammblatt übertragen. Davon mal abgesehen ist keine Sicherheitsanfrage bei drohenden Datenverlust erkennbar. Ein Beispiel dazu: Legt der Benutzer einen Patient neu an und klickt versehentlich auf das Abrechen-Icon, so gehen alle Daten verloren. Eine Sicherheitsanfrage fehlt hier komplett. Nur wenn das Programm beendet werden soll, erscheint automatisch ein Fenster mit einer Bestätigungsfrage.
Datenhaltung	Note: 4	Das Programm verfügt über kein „Gedächtnis“ bzw. über keine Historienfunktion für veränderliche Informationen wie z.B. Adressen oder Verlegungsdatum. Ein Verlegungsdatum kann nur einmalig in die Software eingegeben werden und muss danach immer wieder gelöscht und neu bearbeitet werden.
Datensicherheit	Note: 3	Jedem Nutzer kann eine individuelle Kennung und ein Passwort zugeordnet werden. Der Nutzer selbst kann sein Passwort nicht verändern. Es wird ihm vom Administrator zugewiesen. Der Administrator kann die Zugriffsrechte der einzelnen Mitarbeiter durch die Wahl eines Benutzertypens (z.B. Gast, Praktikant, Sachbearbeiter usw.) bestimmen. Zusätzlich kann der Administrator einzelne Berechtigungen den Nutzern zuordnen (z.B. im Bereich Einstellungen und Auswertungen).

Exportmöglich-keiten	Note: 5	Soweit das Programm in der Testzeit zu überschauen gewesen ist, kann festgestellt werden, dass es keine Exportmöglichkeiten z.B. von Statistiken oder Patientenlisten gibt. Alle Listen und Statistiken können lediglich in einem vom Programm vorgebenen Dateiformat abgespeichert und gedruckt werden.
Optische Attraktivität	Note: 2	Die Einschätzung der optischen Attraktivität des Programmes ist sicherlich stark subjektiv beeinflusst. Insgesamt macht die Gestaltung der Software einen guten Eindruck. Die Farbwahl ist angenehm und das ganze wirkt ansprechend für das Auge.
Gesamtnote: 3		

(Quelle: Eigene Darstellung)

Die Beurteilung der Software fand zwar nach subjektiven Ermessen statt, der eine oder andere hätte vielleicht eine Note besser oder schlechter vergeben, aber die aufgedeckten Mängel bleiben gleich und zeigen, dass der Hersteller nicht an alles gedacht hat. Lexsoft Sozialdienst 3.5 ist wie man auch anhand der Benutzung merkt keine Erstversion mehr. Viele „Kinderkrankheiten“ sind bereits behoben worden. Trotzdem kann man mit dem Programm, so wie es jetzt ist, noch nicht zufrieden sein und muss es weiterentwickeln. Lexsoft Sozialdienst bekommt daher insgesamt nur die Note 3 und wird damit als befriedigend bewertet. Bei vier Qualitätskriterien erreichte Lexsoft Sozialdienst lediglich ein Ausreichend und einmal sogar ein Mangelhaft. Das zeigt deutlich, dass das Programm noch einige Mängel aufweist, die unbedingt verbessert werden müssen.

Insgesamt kann man sagen, dass die Software das Mindestmaß fast aller Kriterien voll erfüllt und von seiner Handhabung her einfach gestaltet ist. Ein nicht unbegabter Nutzer kann sofort und ohne Bedienungsanleitung direkt mit der Software arbeiten, weil sich vieles bzw. fast alles von allein erklärt.

8 Software-Beurteilung anhand der Kriterien aus Kapitel 6

Im vorausgegangenen Kapitel 7 wurde Lexsoft Sozialdienst vorgestellt und bereits nach allgemeinen Qualitätskriterien bewertet. Nun soll es darum gehen, die im Kapitel 6 entwickelten Funktionserfordernisse für eine Software für den Sozialdienst im Krankenhaus mit den von Lexsoft Sozialdienst angebotenen Möglichkeiten zu vergleichen. Aus diesem Grund wird zuerst ein Bewertungsraster in tabellarischer Form erstellt. Alle Funktionsanforderungen werden dabei aufgelistet und durch eine Prioritätsabstufung eingeschätzt. Danach erfolgt die eigentliche Beurteilung von Lexsoft Sozialdienst mit Hilfe des erstellten Bewertungsrasters.

8.1 Bewertungsraster

Das Bewertungsraster in tabellarischer Form soll noch einmal darstellen, was eine Software für den Sozialdienst im Krankenhaus konkret leisten soll, um Vorteile für das gegenwärtige Arbeiten mit sich zu bringen. Funktionsübergreifende Anforderungen wie z.B. systemtechnische oder benutzerfreundliche Kriterien werden in diesem Kapitel nicht weiter betrachtet. Der Schwerpunkt liegt allein auf den im Kapitel 6 dargestellten Funktionen, die lediglich um einen wichtigen Punkt – Datenschutz und Datensicherheit- ergänzt werden.

Bevor das Bewertungsraster eingeführt wird, soll die gewählte Darstellungsform erst einmal erläutert werden: Die erste Spalte des Bewertungsrasters enthält eine „laufende Nummer“, die die Kriterien in Haupt- und Unterfunktionen ordnet. In der zweiten Spalte werden alle wichtigen Softwareanforderungen einzeln benannt und stichwortartig formuliert. Danach folgt die Prioritätenspalte. Sie zeigt an, welche Funktionen in der Bewertung Vorrang haben. Dazu wird ein in der Praxis bewährtes System genutzt[166]:

A Unbedingt erforderlich (Ko-Kriterium)

B Soll-Anforderung (stark gewünscht)

C Kann-Anforderung (wünschenswert, aber nicht unbedingt notwendig)

[166] Vgl. Kreidenweis 2004, S. 119

Tabelle 8 Bewertungsraster

Lfd. Nr.	Beschreibung der Anforderung	Priorität
1.	**KLIENTENVERWALTUNG**	**A**
1.1	Klientenkartei	A
1.1.1	Stammdaten der Klienten (Name, Adresse, Krankenkasse, Station, Zimmernummer, Geburtsdatum)	A
1.1.2	Persönliche Daten der Klienten (Hausarzt, behandelnder Arzt, Familienstand, Herkunft, Pflegestufe usw.)	A
1.1.3	Angaben zu Betreuer/Angehörigen	A
1.1.3.1	Angaben zur Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen	A
1.4	Diagnosefeld	A
1.5	Frei gestaltbare Datenfelder / freies Textfeld	B
1.6	Such- und Druckfunktion für Stammdaten	A
1.7	Such- und Druckfunktion für „ganze Akten“	B
1.8	Sortiermöglichkeit der Stammdaten nach bestimmten Kriterien (z.B. Name, Adresse, Postleitzahl)	A
1.9	Exportmöglichkeit der Stammdatenliste (z.B. in Access oder Excel)	C
2.	**LISTENGENERATOR**	**B**
2.1	Vorlagen für z.B. Telefon- und Adresslisten usw.	A
2.2	Frei wählbare Kriterien für Inhalt der Liste	B
2.3	Druckfunktion als Liste	B
2.3.1	Druckfunktion als Etikette	C
2.4	Verknüpfung mit der Dokumenterstellung	A
2.5	Import-/Exportmöglichkeiten	C
3.	**ADRESSENSYSTEM**	**A**
3.1	Frei definierbare Kategorien (z.B. Krankenkasse, Behörde, Pflegedienst u.a.) zur Ordnung der Adressen	A

3.2	Such- und Druckfunktion	A
3.2.1	Besondere Druckfunktion für Klienten	C
3.3	Verknüpfung mit der Dokumentenerstellung	A
4.	**FALLVERWALTUNG**	**A**
4.1	Orientierung an Casemanagement-Phasen (mit entsprechender Menüleiste)	C
4.2	To-Do-Liste	A
4.2.1	Automatische Verknüpfung mit Aufgabenplaner	B
4.3	Zugriff auf Daten aus der Klientenverwaltung	A
4.4	Frei definierbare Felder	B
4.5	Zuordnung zu Leistungen der Kliniksozialarbeit	A
4.6	Such- und Druckfunktion	A
4.6.1	Druck von individuellem Beratungspaket für Klienten	C
4.7	Export/Import von Fällen	B
4.8	Integrierte Notizverwaltung	A
4.8.1	Einbindung von beliebig langen Texten (Word, Outlook u.a.) sowie Grafiken	B
4.8.2	Kurzüberblick über Notizen nach Datum, Name, Kurzbezeichnung und Sachbearbeiter	A
4.8.3	Sortier- und Druckmöglichkeiten	B
5.	**DOKUMENTENERSTELLUNG**	**A**
5.1	Erstellung von Vorlagen	A
5.1.1	Definition von Textbausteinen	B
5.1.2	Einbindung des Logos der Institution	B
5.1.3	Übernahme von Adressen und Klientendaten	A
5.2	Export/Import (z.B. in Word)	B
5.3	Such- und Druckfunktion	B

5.4	Sortiermöglichkeit	B
5.5	Direkte E-Mail-Versendung	B
5.6	„normale“ Textverarbeitung z.B. für Korrespondenz	A
5.6.1	Integrierte Rechtschreibprüfung	A
5.6.2	Integrierter Thesaurus	B
6.	**AUFGABEN- UND TERMINMANAGEMENT**	**B**
6.1	Terminplaner	B
6.1.1	Tages-, Wochen,- Monats- und Jahresüberblick	B
6.1.2	Erinnerungsfunktion	A
6.1.3	Automatische Übernahme eines Termins aus dem Programm	C
6.1.4	Versenden von E-Mails	C
6.2	Aufgabenplaner	B
6.2.1	Tages-, Wochen,- Monats- und Jahresüberblick	B
6.2.2	Erinnerungsfunktion	A
6.2.3	Verknüpfung mit der To-Do-Liste	B
6.2.4	Wiedervorlage	A
6.2.5	Versenden von E-Mails	C
7.	**ÜBERGABEPROTOKOLLE**	**C**
7.1	Überblick über aktuelle Klienten	A
7.2	Speicherfunktion mit Datum und Sachbearbeiter	B
7.3	Such- und Sortiermöglichkeit	B
7.4	Druck als Liste	C

8.	**BENUTZER-OBERFLÄCHE**	-
8.1	Windows-Look-and-Feel-Gesicht	B
8.1.1	Mehrfenstertechnik	C
8.1.2	Dateimenüs und Arbeitsleisten	B
8.2	Große Anzeige von Datum und Uhrzeit	B
9.	**ELEKTRONISCHES MAIL-/POSTSYSTEM**	**A**
9.1	Verwaltung aller eingehenden und gesendeten Nachrichten	A
9.1.1	Express-Antwort	C
9.2	Zugriff auf die Adressenverwaltung	A
9.3	Integration der E-Mail-Funktion in anderen Programmfunktionen (z.B. Listengenerator, Dokumentenerstellung, Terminplaner u.a.)	B
10.	**EVALUATION**	**A**
10.1	Frei definierbare Statistikmerkmale	A
10.1.1	Speicherfunktion der Statistikmerkmale	A
10.1.2	E-Mail-Versand der Statistikmerkmale	C
10.1.3	Auswahl von Merkmalen per Drag & Drop	B
10.2	Vordefinierte Statistiken	A
10.3	Freie Auswahl der grafischen Darstellung der Statistik	A
10.4	Export/Import der Statistik (z.B. in Excel)	A
10.5	Such- und Druckfunktion	A
11.	**WISSENSDATENBANK, FACHLEXIKON UND GESETZTESTEXTE**	**A**
11.1	Such- und Druckfunktion	A
11.2	Hinzufügen von eigenen Notizen	B
11.2.1	Notizen für alle Nutzer bei Bedarf zugänglich	B

11.3	Regelmäßige Updates über CD-ROM oder Internet	A
12.	**SCHNITTSTELLEN**	**A**
12.1	Zum KIS	A
12.1.1	Meldung von Patienten	A
12.1.2	Übernahme von Grunddaten der Patienten	A
12.1.3	Rückmeldungen an KIS	C
12.1.4	Veränderungsmeldungen von KIS	B
12.2	Zum Intranet	B
12.2.1	Links zu relevanten Intranetseiten	B
12.3	Zum Internet	A
12.3.1	Links zu relevanten Internetseiten, Suchmaschinen und Diskussionsforen u.a.	A
13.	**DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT**	**A**
13.1	Rückgängigmachen von Löschungen	A
13.2	Kennwortkontrolle bei Programmstart	A
13.3	Automatisches Programmende bzw. Logout bei längerem Nichtbenutzen	B
13.4	Passwortänderung durch Benutzer	B
13.4.1	Alle paar Wochen Aufforderung zur Passwortänderung	C
14.	**ADMINISTRATION**	**A**
14.1	Individuelle Anpassungsmöglichkeiten der Software	B
14.1.1	Definition und Beschriftung von Feldern (auch Memofelder)	A
14.1.2	Anpassung mit Hilfe eines Baukastensystems	C
14.2	Festlegung von Links	A
14.3	Benutzerverwaltung	A
14.3.1	Festlegung von Zugangsberechtigungen	A

14.3.1.1	Festlegung von frei definierten Gruppen mit einstellbaren Zugangsberechtigungen	A
14.4	Einbindung von externen Programmen	A
14.5	Steuerung des Datenaustausches mit KIS	C

(Quelle: Eigene Darstellung)

Mit den ausgewählten Prioritäten werden Schwerpunkte auf bestimmte Funktionen gelegt, die unbedingt vorhanden sein sollten. Die Wahl der Prioritäten wird von der Meinung des Betrachters beeinflusst, so dass sie eine subjektive Einfärbung aufweist. Ein anderer hätte den Funktionen bestimmt teilweise eine abweichende Wichtigkeit zugeordnet. Doch hier kommt man an einen Punkt, wo der Bedarf an Diskussions- und Kompromissbereitschaft groß ist und im Rahmen dieser Arbeit nicht gestillt werden kann. Ohne eine weitere Begründung sollen daher die gesetzten Prioritäten als gegeben hingenommen werden.

8.2 Bewertung von Lexsoft Sozialdienst

Die unter dem Punkt 8.1 beschriebene Funktionsübersicht soll nun herangezogen werden, um das bereits auf dem Software-Markt existierende Programm für den Sozialdienst im Krankenhaus bezüglich seines Funktionsspektrums zu bewerten.
Es wird wieder die tabellarische Darstellungsform gewählt, damit die Beurteilung übersichtlich ist. Die Tabelle von Kapitel 8.1 wird leicht abgeändert und zwei neue Spalten („Erfüllung und „Bemerkung) kommen hinzu.
In der Spalte „Erfüllung“ wird unterschieden nach[167]:

S wird durch die aktuelle Standardversion des Programmes abgedeckt

S² wird teilweise durch die aktuelle Standardversion des Programmes abgedeckt (Kompromiss)[168]

F wird durch Fremdsoftware erfüllt, die selbst vertrieben und supportet wird

N wird durch Fremdsoftware erfüllt, die nicht selbst vertrieben und supportet wird

X kann durch die aktuelle Standardversion des Programmes nicht erfüllt werden

[167] Vgl. Kreidenweis 2004, S. 120
[168] S² wurde aus eigenem Ermessen während der Untersuchung zusätzlich hinzugefügt, weil sich dadurch die Erfüllungskriterien im Grad besser differenzieren lassen.

Alle eingerahmten (☐) Werte in der Spalte „Erfüllung“ zeigen an, dass die geforderte Programmfunktion ein KO-Kriterium darstellt und von Lexsoft Sozialdienst nicht vollständig (S²) bzw. gar nicht (X) erfüllt wird. Bei den mit S² bewerteten Anforderungen bietet das Programm meist Alternativen (Ausnahme: Schnittstellen), die durchaus akzeptabel sind. Man muss bedenken, dass die aufgestellten funktionellen Erfordernisse ein ideales Bild einer Software für den Kliniksozialdienst wiedergeben. Es wurden ziemlich oft A-Prioritäten im Bewertungsraster verwendet. Normalerweise ist es empfehlenswert, die Ausschluss-Kriterien vorsichtig einzusetzen. Doch im Hinblick auf eine ideale Software kann die Prioritäten-Auswahl etwas strenger gestaltet werden. Bei einigen Punkten wurden später in der Bewertung von Lexsoft Sozialdienst kleinere Abstriche gemacht und Kompromisse (S²) eingangen.

Die mit X gekennzeichneten Funktionen sind besonders entscheidend, weil sie überhaupt nicht erfüllt werden und keine Alternativen zur Verfügung stehen. Wenn bereits ein einziges KO-Kriterium nicht erfüllt wird, kommt die Software für eine potenzielle Verwendung nicht mehr in Frage und wird aussortiert. In diesem Fall ging es aber nicht darum, ein Anforderungsprofil zu entwickeln, um eine Kaufentscheidung zu treffen. Stattdessen sollte unabhängig von Lexsoft Sozialdienst ein Entwurf für ein optimales Programm entstehen, den man im zweiten Schritt mit den Funktionsmöglichkeiten von Lexsoft Sozialdienst vergleichen kann. Letztlich findet dadurch eine Gegenüberstellung von theoretischen Möglichkeiten mit denen in der Praxis umgesetzten Softwarefunktionen statt. Die S²-Benotung wurde als Nuance zusätzlich miteingeführt, um nicht zu starr an dem erstellten Idealprofile festzuhalten und Abweichungen zuzulassen.

Tabelle 9 Bewertung von Lexsoft Sozialdienst

Lfd. Nr.	Beschreibung der Anforderung	Erfüllung	Bemerkung
1.	**KLIENTENVERWALTUNG**	**S**	
1.1	Klientenkartei	S	
1.1.1	Stammdaten der Klienten (Name, Adresse, Krankenkasse, Station, Zimmernummer, Geburtsdatum)	S²	Entspricht teilweise dem Patientenstammblatt, einige Felder fehlen hier und erscheinen erst auf einer anderen Registrier-karte
1.1.2	Persönliche Daten der Klienten (Haus-arzt, behandelnder Arzt, Familienstand, Herkunft, Pflegestufe usw.)	S²	Drei inhaltlich vordefi-nierte Bemerkungsfelder als Alternative vorhanden
1.1.3	Angaben zu Betreuer/Angehörigen	S	
1.1.3.1	Angaben zur Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen	S²	Alternative: Memofeld auf Registrierkarte “Be-zugsperson”
1.4	Diagnosefeld	S	Zusätzlich vorhanden: Diagnose-Suchfunktion und ICD-10-Bezeichnung
1.5	Frei gestaltbare Datenfelder / freies Textfeld	S²	Verschiedene Memo-felder vorhanden, die nicht weiter definiert werden können.
1.6	Such- und Druckfunktion für Stamm-daten	S	
1.7	Such- und Druckfunktion für „ganze Akten“	X	
1.8	Sortiermöglichkeit der Stammdaten nach bestimmten Kriterien (z.B. Name, Adresse, Postleitzahl)	S	
1.9	Exportmöglichkeit der Stammdatenliste (z.B. in Access oder Excel)	X	
2.	**LISTENGENERATOR**	**X**	Fehlt komplett, keine Alternative
3.	**ADRESSENSYSTEM**	**S**	
3.1	Frei definierbare Kategorien (z.B. Krankenkasse, Behörde, Pflegedienst u.a.) zur Ordnung der Adressen	S	
3.2	Such- und Druckfunktion	S	

3.2.1	Besondere Druckfunktion für Klienten	X	
3.3	Verknüpfung mit der Dokumentenerstellung	X	Aus der Adressenverwaltung heraus nicht möglich
4.	**FALLVERWALTUNG**	**S**	Entspricht der Aktenverwaltung
4.1	Orientierung an Casemanagement-Phasen (mit entsprechender Menüleiste)	X	
4.2	To-Do-Liste	S[2]	Teilweise durch Wiedervorlage erfüllt
4.2.1	Automatische Verknüpfung mit Aufgabenplaner	X	
4.3	Zugriff auf Daten aus der Klientenverwaltung	X	
4.4	Frei definierbare Felder	S[2]	Alternative: Memofelder, können nicht weiter bezeichnet werden
4.5	Zuordnung zu Leistungen der Klinik-sozialarbeit	S	
4.6	Such- und Druckfunktion	X	
4.6.1	Druck von individuellem Beratungspaket für Klienten	X	
4.7	Export/Import von Fällen	X	
4.8	Integrierte Notizverwaltung	X	
5.	**DOKUMENTENERSTELLUNG**	**N**	Externes Textverarbeitungsprogramm (z.B. Word) verwendet
5.1	Erstellung von Vorlagen	N	Von Lexsoft Sozialdienst mitgelieferter Vorlagen-Assistent für Word
5.1.1	Definition von Textbausteinen	N	Mit Word möglich
5.1.2	Einbindung des Logos der Institution	N	Mit Word möglich
5.1.3	Übernahme von Adressen und Klientendaten	S	Übernahme von Daten in Word-Schreiben möglich
5.2	Export/Import (z.B. in Word)	N	Word unterstützt diese Funktion
5.3	Such- und Druckfunktion	N	
5.4	Sortiermöglichkeit	X	

5.5	Direkte E-Mail-Versendung	N	Word verfügt über diese Funktion
5.6	„normale“ Textverarbeitung z.B. für Korrespondenz	N	Mit Word möglich, weil Textverarbeitungspro-gramm
5.6.1	Integrierte Rechtschreibprüfung	N	In Word vorhanden
5.6.2	Integrierter Thesaurus	N	In Word vorhanden
6.	**AUFGABEN- UND TERMINMANAGEMENT**	**X**	Nur Wiedervorlage-Funktion enthalten
7.	**ÜBERGABEPROTOKOLLE**	**X**	
8.	**BENUTZER-OBERFLÄCHE**	**-**	
8.1	Windows-Look-and-Feel-Gesicht	**S**	
8.1.1	Mehrfenstertechnik	**X**	
8.1.2	Dateimenüs und Arbeitsleisten	**S**	
8.2	Große Anzeige von Datum und Uhrzeit	**S²**	Anzeige sehr klein
9.	**ELEKTRONISCHES MAIL-/POSTSYSTEM**	X	
10.	**EVALUATION**	**S**	
10.1	Frei definierbare Statistikmerkmale	X	
10.2	Vordefinierte Statistiken	**S**	
10.3	Freie Auswahl der grafischen Darstel-lung der Statistik	X	
10.4	Export/Import der Statistik (z.B. in Ex-cel)	X	
10.5	Such- und Druckfunktion	X	
11.	**WISSENSDATENBANK, FACHLEXIKON UND GESETZTESTEXTE**	**F**	F*=wird von der Fremdsoft-ware erfüllt (KV-Lex)
11.1	Such- und Druckfunktion	**F***	
11.2	Hinzufügen von eigenen Notizen	**F***	Individuell gespeichert
11.2.1	Notizen für alle Nutzer bei Bedarf zu-gänglich	**X**	
11.3	Regelmäßige Updates über CD-ROM oder Internet	**F***	Kostenfreies Online-Zusatzangebot für konti-nuierliche Aktualität
12.	**SCHNITTSTELLEN**	S²	

12.1	Zum KIS	X	
12.2	Zum Intranet	**S**	Verwaltung der Links durch Administrator
12.2.1	Links zu relevanten Intranetseiten	**S**	
12.3	Zum Internet	**S**	Verwaltung der Links durch Administrator
12.3.1	Links zu relevanten Internetseiten, Suchmaschinen und Diskussionsforen u.a.	**S**	
13.	**DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT**	**S**	
13.1	Rückgängigmachen von Löschungen	X	
13.2	Kennwortkontrolle bei Programmstart	**S**	
13.3	Automatisches Programmende bzw. Logout bei längerem Nichtbenutzen	**X**	
13.4	Passwortänderung durch Benutzer	**X**	
13.4.1	Alle paar Wochen Aufforderung zur Passwortänderung	**X**	
14.	**ADMINISTRATION**	**S**	
14.1	Individuelle Anpassungsmöglichkeiten der Software	**X**	
14.1.1	Definition und Beschriftung von Feldern (auch Memofelder)	X	Ausnahme: Drop-Down-Menüs sind in ihrer Auswahl veränderbar
14.1.2	Anpassung mit Hilfe eines Baukastensystems	**X**	
14.2	Festlegung von Links	**S**	
14.3	Benutzerverwaltung	**S**	
14.3.1	Festlegung von Zugangsberechtigungen	**S**	
14.3.1.1	Festlegung von frei definierten Gruppen mit einstellbaren Zugangsberechtigungen	**S²**	Gruppen vordefiniert
14.4	Einbindung von externen Programmen	**S**	
14.5	Steuerung des Datenaustausches mit KIS	**X**	

(Quelle: Eigene Darstellung)

Nun zur Auswertung: Das Bewertungsraster enthielt insgesamt 103 beschriebene Einzelfunktionen. Davon konnte Lexsoft Sozialdienst lediglich 23 Anforde-

rungen voll (S) und 8 (S^2) nur teilweise erfüllen. Im Ganzen wurden weit mehr als die Hälfte (61) der Erfordernisse aus dem Idealprofil durch die aktuelle Version nicht befriedigt. Über 10 mal wurde einer A-Priorität nicht entsprochen. In der Realität würde dies zum absoluten Ausschluss der Software führen.

Die Beurteilung von Lexsoft Sozialdienst macht deutlich, dass das Programm noch kein perfektes Produkt darstellt. Es funktioniert gut und der Sozialdienst kann damit seine Arbeit dokumentieren und verwalten. Doch viele Nutzungsmöglichkeiten bleiben in der aktuellen Version unbeachtet. Ein Beispiel soll an dieser Stelle etwas näher verdeutlicht werden: die Schnittstelle zum KIS. Derzeit wird keine Schnittstelle zum KIS zur Verfügung gestellt, weil man der Meinung ist, dass es keinen Sinn macht, Grunddaten aus dem KIS zu übernehmen, wenn weitere Patientendaten (wie z.B. Ansprechpartner, AHB-Aufnahmetermin u.a.) mit zusätzlichen Angaben direkt im Programm vervollständigt werden müssen.[169] Durch Rückmeldungen von Anwendern sei bekannt, dass das „von-Hand-Eingeben“ des Namen und der Anschrift des Patienten ca. 40 Sekunden dauere und alle weiteren Adressen von Institutionen durch Anklicken zugeordnet werden könnten.[170] Außerdem hätte die Erfahrung gezeigt, dass sich viele Informationen (z.B. die Diagnose) ändern und dann später korrigiert werden müssten. Man sieht somit keinen Vorteil in der Übernahme von Patientendaten aus dem KIS.

In dieser Frage besteht mit Sicherheit großer Diskussionsbedarf, ob es eine Arbeitserleichterung für den Anwender darstellt oder nicht. Wenn sich die Funktion von Lexsoft Sozialdienst nur auf die reine Datenübernahme aus dem KIS beschränkt, kann man der Argumentation teilweise recht geben. Die Beschreibungen im Kapitel 6.10.1 gehen über den einseitigen Datenaustausch mit KIS hinaus. Das KIS und das Programm des Sozialdienstes sollen miteinander kommunizieren können, d.h., dass Veränderungen von Grunddaten des Patienten vom KIS an das Programm gemeldet und berichtigt werden. Diese Möglichkeit würde deutlich Vorteile für den Anwender mit sich bringen und die Arbeitseffektivität erhöhen. Die Übernahme von Daten aus EDV-Systemen in Lexsoft Sozialdienst kann somit ein Anfang bzw. ein kleiner Schritt in eine Richtung sein, die viele Möglichkeiten offen lässt.

---

[169] Vgl. DVSK 2002, S. 25f.
[170] Vgl. Ebenda, S. 26

Lexsoft Sozialdienst ist eine Software, die das Nötigste mitbringt, damit die Arbeit des Sozialdienstes im Krankenhaus unterstützt wird. Momentan kann man auf dem Anbietermarkt kaum etwas Besseres finden, was auf den Kliniksozialdienst so gut zugeschnitten ist. Das Engagement der DVSG, eine Software für den Kliniksozialdienst zu entwicklen, soll durch das Bewertungsergebnis nicht herabgesetzt werden. Im Gegenteil es soll ein Ansporn sein mit der gleichen Anstrengung, weiter an der Verbesserung von Lexsoft Sozialdienst zu arbeiten. Es sind noch längst nicht alle Ressourcen ausgeschöpft.
Die im Bewertungsraster dargestellten Funktionen entsprechen zwar einem Wunschbild, dennoch sind sie nicht utopisch, sondern können in die Praxis umgesetzt werden. Alle genannten Anforderungen werden bereits von anderen Software-Herstellern in anderen Bereichen der Sozialen Arbeit erfüllt.

9 Blick in die Zukunft in Bezug auf den Software-Einsatz im Krankenhaussozialdienst

Bevor eine konkrete Zukunftsvision entwickelt wird und anhand der Fantasiefigur der Sozialarbeiterin Frau Ichhelfegern beschrieben werden kann, soll zunächst das Spannungsfeld, in dem sich die Kliniksozialarbeit befindet noch einmal grob umrissen werden. Im Kapitel 4 wurden bereits die DRG-Konsequenzen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen besprochen, sodass bereits bekannt ist, wie sich Sparzwang und Ökonomisierung auf die Tätigkeit des Sozialdienstes auswirken können. In einem Satz ausgedrückt: Für wenig Geld soll mehr Qualität erbracht werden. Gleichzeitig werden sich die Lebensbedingungen der Patienten aufgrund der gesamtgesellschaftlichen Situation (z.B. Arbeitslosigkeit, wirtschaftliche und soziale Unsicherheit usw.) verkomplizieren.[171] Dadurch nimmt die Komplexität der Problemstellungen der Patienten zu und der Beratungsbedarf steigt. Letztendlich bedeutet dies: Mehr und schwierigere Arbeit für den Sozialdienst des Krankenhauses.
In diesem Spannungsfeld ist die Klinische Sozialarbeit aufgefordert, trotz Stellenabbaus und Zeitmangel, psychosoziale Beratung in hoher Qualität zu leisten.

[171] Vgl. Vortrag Weis 2003, Stuttgart

Daraus ergeben sich laut Weis[172] drei wesentliche Ziele im Hinblick für die Zukunft des Sozialdienstes im Krankenhaus:

1. Wahrung des sozialarbeiterischen Auftrags (z.B. durch Entwicklung neuer Kooperationsmodelle mit Leistungsträgern)
2. Auseinandersetzung mit den neuen Rahmenbedingungen
3. Klare Präsentation der Kompetenzen der Kliniksozialarbeit

Genauso wie sich die Kliniksozialarbeit immer wieder neu an den Rahmenbedingungen entlang ausrichten muss, muss sie die Entwicklungen der neuen Informations- und Kommunikationstechnologien in ihrer Software-Entwicklung miteinbeziehen. Börtz und Kurlemann sprechen immer noch von der „EDV und ihre [n] Möglichkeiten“[173]. Damit bezeichnen sie die reine elektronische Datenverarbeitung. Die Internet-Technologie hat in den Reihen der DVSG bis heute nur wenig Beachtung bekommen. Der Computer ist dort auf dem Stand des reinen Hilfsmittels zur Datenverarbeitung verblieben. Für die nähere Zukunft sollten die Möglichkeiten der Internet-Technologien Beachtung in den Fachdiskussionen der DVSG finden. Die IT (Informationstechnologie) muss „[...] ein Werkzeug sein, das die soziale Professionalität stärkt und unterstützt“.[174]

Die klassische Datenverarbeitung stellt nur einen Teil der IT dar. Die Besonderheit der IT ist, dass der Computer zu einem Kommunikations- und Informationsmedium in virtuellen Welten wird, in denen Raum und Zeit unwichtiger werden.[175]

Die Kliniksozialarbeit muss sich in Zukunft diesen Trend anpassen und darf sich nicht auf veralteten EDV-Ideen ausruhen. Die IT bietet neue Wege für die Kommunikation mit den Kooperationspartnern an. Eine reine elektronische Verständigung (E-Mail) wäre möglich und würde viel Zeit und Material sparen. Entsprechende Konzepte müssten in Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern noch entstehen.

Das im Kapitel 6 beschriebene Software-Profil geht über ein klassisches EDV-Programm hinaus und bezieht die Möglichkeiten der Kommunikation und der Informationsgewinnung in die Computernutzung mit ein.

---

[172] Vgl. Ebenda
[173] Börtz/Kurlemann 2001, S. 91
[174] Kreidenweis 2001, S. 1
[175] Vgl. Kreidenweis 1999, S. 2

Die Kliniksozialarbeit sollte sich möglichst bald mit dieser Thematik auseinander setzen. Wie schon Günther Stahlmann sagte: „Entweder die Profession gestaltet die Technik oder die Technik gestaltet die Profession.“[176]
Die fachspezifische Software (Lexsoft Sozialdienst) und entsprechende IT-Anwendungen müssen auf den Bedarf der Kliniksozialarbeit zugeschnitten werden. „Hier gilt ganz einfach, die Möglichkeiten moderner Büro- und Kommunikationssoftware konsequent zu nutzen und den PC nicht länger nur als etwas moderne Schreibmaschine zu begreifen.“[177]

Nun zu einer konkreten Zukunftsvision: Es lassen sich mit Sicherheit verschiedene Ideen für einen zukünftigen IT-Einsatz im Sozialdienst des Krankenhauses entwerfen. Im Nachfolgenden wird sich auf die Darstellung eines Szenarios beschränkt. Um Vorurteile und Ängste vor einem computerbestimmten Arbeitsleben von vornherein abzubauen, wird an dieser Stelle ausdrücklich betont, dass der Computer nur ein Werkzeug zur Unterstützung bleibt und der Sozialarbeiter nicht mehr als 20 % seiner Arbeitszeit am PC verbringt.[178]
Den Rest der Zeit soll der Sozialarbeiter mit seiner Beratungstätigkeit verbringen. Wie sieht nun der Arbeitstag der Sozialarbeiterin Frau Ichhelfegern im Jahr 2015 aus?

Ein Arbeitstag der Sozialarbeiterin Frau Ichhelfegern im Jahr 2015:

Ich war früher im Sozialdienst eines Krankenhauses angestellt. Heute arbeite ich für die Firma KH-Sozialdienst GmbH, weil die Aufgaben des Sozialdienstes an ein externes Unternehmen ausgelagert wurden. Das nennt man auch „Outsourcing“auf Neudeutsch. Im Vergleich zu den letzten zehn Jahren hat sich eine Menge getan. Die Patientenzahlen sind zwar gestiegen und zeitweise ist es ziemlich stressig, aber durch die neue Technik läuft vieles einfacher und besser als früher.
Meine Firma hat mir ein großzügiges Büro im Krankenhaus angemietet. Ich schaue jetzt auch nicht mehr durch ein Kellerfenster nach draußen. Mein Büro ist ziemlich zentral gelegen, so dass ich alle meine Stationen schnell erreichen kann.
Meine Arbeitszeiten sind jetzt auch flexibel. Ich kann von zu Hause aus über meinen Privat-Computer ins Firmennetz gehen und einen Überblick über alle meine Aufträge erhalten. So weiß ich schon vor der Arbeit, was ansteht und wie viel zu tun ist. Ich kann mich dann darauf einrichten und mal früher oder später zur Arbeit gehen. Wenn mal gar keine neuen Aufträge vorhanden sind,d.h., keine Gespräche mit Patienten geführt werden müssen, was eigentlich seltener der Fall ist, kann ich zu Hause bleiben und über meinen Zugang zum internen Firmennetz Verwaltungsarbeit erledigen.
Wenn ich in mein Büro ins Krankenhaus gehe, brauche ich gar keinen Schlüssel mehr.Die Tür öffnet sich, wenn ich meinen Finger auf den Scanner halte. Wenn ich dann identifiziert bin, geht die Tür ganz automatisch auf und mein Computer-System fährt sich hoch und ich kann sofort mit der Arbeit beginnen. Zum Glück muss ich mir jetzt nicht mehr so viele Passwörter merken. Eine Zeit lang hatten wir für jedes Programm ein eigenes Passwort. Aber das wurde ja schnell abge-

[176] Stahlmann zit. nach Kreidenweis 1999, S. 1
[177] Kreidenweis 2001, S.5
[178] Vgl. Kreidenweis, S. 16ff.

schafft. Auf meinem Computer läuft jetzt nur noch ein Programm, mit dem ich alles machen kann von der Textverwaltung bis hin zum Telefonieren oder Internetsurfen.
Am besten gefällt mir mein persönlicher Arbeitsassistent, der im Programm integriert ist. Er ist so etwas wie ein virtueller Sekretär. Er erledigt Schreibarbeiten für mich, nimmt Telefongespräche an und informiert mich über aktuelle Mitteilungen. Heute teilt er mir mit, dass drei Patienten für eine AHB von Station 12 gemeldet wurden. Ich klicke die Mails an und lese. Gemeldet wurden: Frau Meier, Herr Schimanski und Herr Schultz. Das Programm fragt mich, ob ich die Daten der Patienten aus dem KIS in neue Akten übernehmen will. Ich bestätige. In sekundenschnelle sind automatisch drei neue Akten erstellt. Mir stehen alle wichtigen Daten zur Verfügung: Name, Geburtsdatum, Station, Zimmernummer, Diagnose, Leistungsträger und Bezugspersonen. Weitere Informationen kann ich jeder Zeit hinzufügen. Das Gute ist, ich muss jetzt keine Daten mehr aus den Patientenakten von Station handschriftlich notieren, sondern mir steht alles sofort zu Verfügung.
Dann habe ich noch diesen PDA mit integrierter Telefonfunktion (persönlicher digitaler Assistent). Er ist klein und handlich. Ich kann ihn überall mit hin nehmen und bin dadurch immer mit unserem Firmensystem verbunden und habe Zugriff auf alle Daten von meinen Patienten. Ich kann jetzt am Patientenbett mit meinem PDA elektronische Anträge ausfüllen und direkt zum Kostenträger verschicken. Der Patient braucht nur mit dem Bedienstift zu unterschreiben. Jedes Mal, wenn ich einen Antrag zum Leistungsträger los schicke, bekommt der behandelnde Arzt sofort eine E-Mail mit der Meldung, dass ein entsprechender Arztbogen oder ein Attest ausgefüllt und gesendet werden muss. Über ein Headset kann ich jetzt auch im Gegensatz zu früher, egal wo ich bin, überall hin telefonieren.
Mein Assistent meldet mir gerade ein eingehendes Telefongespräch. Ich setzte mein Headset auf, um den Anruf anzunehmen. Der Arzt der Intensivstation informiert mich über eine Eilbetreuung. Die Daten des Patienten werden gerade zu mir übertragen. Die Angehörigen sind jetzt im Krankenhaus. Es wäre gut, wenn ich sofort kommen könnte. „Gut, ich komme gleich."
Ich nehme jetzt meinen PDA mit und gehe auf Station. Arzt und Angehörige sitzen schon im Beratungsraum. Der Arzt begrüßt mich freundlich: „Guten Tag, Frau Ichhelfegern. Schön, dass sie gleich kommen konnten. Familie Needer und ich möchten uns gemeinsam mit ihnen beraten." Aus den Vorinformationen weiß ich bereits, dass der Sohn der Familie bei einem Autounfall schwer verletzt wurde und nun im Koma liegt. Zur Zeit ist der Sohn dadurch entscheidungsunfähig, so dass wir einen rechtlichen Betreuer bestellen müssen, damit über weitere medizinische Maßnahmen entschieden werden kann. Familie Needer ist verständlicherweise stark betroffen und fix und fertig mit den Nerven. Die Mutter weint. Der Vater redet kein Wort. Bevor ich die Familie über eine rechtliche Betreuung aufkläre, nehme ich mir Zeit. Ich höre mir ihren Kummer und ihre Sorgen an. Der Arzt erklärt den Eltern noch einmal die gesundheitliche Situation des Sohnes und versucht Perspektiven aufzuzeichnen. Ich erkläre ihnen, was eine rechtliche Betreuung ist, wieso sie jetzt notwendig ist und wie das rechtliche Verfahren abläuft. Ich frage sie, ob sich einer von ihnen vorstellen kann, diese Last auf sich zu nehmen. Der Vater ist sofort bereit dazu. Mit meinem PDA rufe ich die Akte des Sohnes auf und wähle den Antrag für das Amtsgericht aus. Die meisten Daten werden automatisch ins Formular übernommen. Fehlende Informationen werden gemeinsam mit Arzt und Eltern ergänzt. Mit dem Bedienstift unterschreibt der Vater seine Einverständniserklärung an meinem PDA. Der fertige Antrag wird dann über die integrierte E-Mail-Funktion direkt an das Amtsgericht geschickt. Nach wenigen Sekunden erhalte ich bereits eine Rückmeldung vom Gericht, dass der Antrag eingegangen ist und bearbeitet wird. Parallel dazu erhält das KIS eine Rückmeldung von meinem System, dass eine rechtliche Betreuung veranlasst wurde und der behandelnde Arzt bekommt als Erinnerungsstütze eine Information und die Aufforderung ein ärztliches Attest zu verfassen. Ich frage die Eltern, ob sie noch gerne zu Information eine Broschüre hätten. Sie sind einverstanden und ich sende ihnen sofort eine PDF-Broschüre als E-Mail an ihre E-Mail-Adresse. Nach dem Gespräch mache ich mich auf dem Weg zu Station 12, um die gemeldeten Patienten über eine AHB zu beraten. Auf den Weg dahin erreicht mich eine Meldung von Station 9. Ein Patient braucht unbedingt Kleidung, doch die rechtliche Betreuerin will sich darum nicht kümmern, sie sei zu überlastet. Ich lasse sofort eine Akte für den Patienten erstellen und lasse die Nummer der Berufsbetreuerin wählen. Über mein Headset kann ich direkt mit ihr telefonieren. Sie meldet sich sofort am anderen Ende. Ich sage ihr, worum es geht. Genervt erklärt sie mir, dass sie keine Zeit dafür habe und sich nicht um alles kümmern könnte. Außerdem hätte dieser Betreute kaum Geld. Sie hätte schließlich noch 35 andere Betreute. Ich höre ihr zu und zeige Verständnis für ihre Lage. Wir besprechen uns beide und entscheiden die Kleiderkammer miteinzubeziehen. Durch die Möglichkeit einer Konferenzschaltung rufe ich die Kleiderkammer an und die Betreuerin und ich verabreden mit der Kleiderkammer, dass uns Wäsche ins Krankenhaus für den Patienten der Station 9 geliefert wird.

Ich schreibe mit dem Bedienstift schnell noch eine Aktennotiz. Wenn ich mit dem Bedienstift etwas schreibe, kann ich wählen ob der Text handschriftlich oder eingetippt aufgenommen werden soll. Oft spart es Zeit, wenn ich es handschriftlich aufschreibe. Das Computer-System erkennt meine Handschrift und wandelt sie zur besseren Lesbarkeit später in Text um. Nach der Aktennotiz geht wieder automatisch eine Meldung ans KIS, so dass die Station 9 Bescheid weiß.Nun gehe weiter zu Station 12. Durch die Informationen auf meinem PDA weiß ich genau in welchen Zimmern die Patienten liegen und kann direkt hingehen. Herr Schimanski und Herr Schultz sind im selben Zimmer. Nacheinander führe ich mit beiden Patienten ein ausführliches Gespräch. Ich erstelle mit ihnen gemeinsam eine Liste mit ihren ganz persönlichen Rehazielen und ihren Motivationsgründen. Ich erkläre ihnen, wie eine Rehabilitation abläuft und wer die Kosten dafür trägt. Danach rufe ich mit meinem PDA die Funktion des Reha-
Portals[179] auf. Das ‚Reha-Portal' ist ein Programm im Internet, dass man zur Suche einer geeigneten
Rehaklinik verwendet. Das Anfrageformular fülle ich mit dem Patienten gemeinsam am PDA aus. Die Diagnose, der Kostenträger und das Entlassungsdatum sind besonders wichtig. Daneben kann der Patient noch zwischen verschiedenen Auswahlmöglichkeiten (wie z.B. Lage, Zusatzangebote, Ausstattung, Begleitperson usw.) entscheiden. Nach der Suchanfrage werden alle belegbaren bzw. freien Rehakliniken angezeigt. Damit der Patient sich ein besseres Bild von der Rehaklinik machen kann, zeige ich ihm auf meinem PDA Videofilme zu den einzelnen Kliniken. Wenn sich der Patient entschieden hat, fülle ich gemeinsam mit ihm am PDA den Antrag für den Leistungsträger aus. Der Patient gibt sein Einverständnis durch seine Unterschrift mit dem Bedienstift und der Antrag wird direkt per E-Mail mit der Reservierung an die Klinik geschickt. Automatisch erhält das KIS wieder eine Rückmeldung von unserem Firmensystem und der behandelnde Arzt bekommt eine entsprechende E-Mail mit dem Vermerk, den Arztbogen auszufüllen. Nach Herrn Schimanski und Herrn Schultz gehe ich noch zu Frau Meier ins Zimmer. Ich berate sie auch über die Möglichkeiten einer AHB. Wir entwickeln Rehaziele und Motivationsgründe für sie. Ich stelle ihr mit Hilfe des ‚Reha-Portals' schon mal einzelne in Frage kommende Kliniken vor. Frau Meier ist noch ziemlich unsicher. Ich mache deshalb einen neuen Beratungstermin mit ihr aus und schreibe ihn direkt in meinen Terminkalender im Firmensystem.
Mein PDA meldet mir vier neue Patienten von Station 4. Zwei AHB-Fälle und zwei Anträge für eine Pflegestufe. Bevor das Mittagessen auf den Stationen ausgeteilt wird, gehe ich noch auf die Station 4. Ich führe noch die zwei Beratungsgespräche zur AHB und mache mich dann auf den Weg zurück ins Büro. Eine halbe Stunde Cafeteria. Pause.
Zurück im Büro. Mein virtueller Assistent meldet mir, dass Chefarzt Böse gerade anruft. Ich nehme den Anruf an. Chefarzt Böse fragt mich nach einem Patienten Beyer. Ich suche ihn in meiner Computer-Kartei. In sekundenschnelle erscheint sein Name auf der Bildschirmmaske. Ein Mausklick noch und ich weiß, dass bei ihm eine Betreuung bereits eingeleitet wurde und nur noch der Termin des Amtsgerichtes offen ist. Da meldet sich Chefarzt Böse am anderen Ende und meint:"Es hat sich schon erledigt. Ich habe mich wohl verguckt. Das KIS zeigt mir an, dass eine Betreuung bereits eingeleitet wurde.Wünsche ihnen dann noch einen schönen Tag."
Ich gehe jetzt noch mal auf die Station 4, die zwei Patienten über eine Pflegestufe beraten. Ich nehme mir wieder Zeit für die Patienten und spreche mit ihnen ganz ausführlich. Sie berichten von ihren Ängsten und vom Altwerden. Wir versuchen gemeinsam neue Perspektiven zu entwicklen. Ich berate sie über die Möglichkeiten einer Pflegestufe. Am PDA ist der Antrag schnell ausgefüllt und weggeschickt. Das KIS bekommt wieder eine Rückmeldung. Der eine Fall gestaltet sich etwas schwieriger, da mache ich einen neuen Termin mit dem Betroffenen aus und beziehe die Angehörigen auf seinen Wunsch mit ein.
Es ist jetzt früher Nachmittag. Ich gehe zurück ins Büro. Mein virtueller Assistent klärt mich noch über ein paar Rückmeldungen der Kostenträger auf, die ans KIS bereits weitergeleitet wurden. Ansonsten sind für heute fast alle Aufgaben erfüllt. Ich muss mir jetzt nur noch im Online-Buchhandel ein E-Book über „Umgang der Familie mit Pflegebedürftigkeit" herunterladen und nach einer Weiterbildung zum Thema „Konsequenzen des Outsourcing von Sozialdiensten im Krankenhaus" suchen. Auf der Homepage der DVSG finde ich eine entsprechende Weiterbildung. Per E-Mail benachrichtige ich sofort alle Kollegen der Firma.
Jetzt ist für heute alles erledigt und ich kann mal früher nach Hause gehen.

Es hat sich im Vergleich zu früher, wie man sieht viel verändert. Das neue System im Sozialdienst ist eine große Entlastung . Vieles geht schneller. Alle Schriftstücke sind jetzt elektronisch. Ich muss nicht mehr kopieren, faxen oder etwas mit der Post verschicken.

[179] in Anlehnung an das Reha-Portal All for One Systemhaus AG

Die Zusammenarbeit mit allen, sei es Ärzte, Pflegekräfte oder Leistungsträger hat sich enorm verbessert. Auch die regelmäßig stattfindende Sozialvisite, für die ich trotz der vielen Patienten Zeit habe, weil mich administrative Aufgaben weniger belasten, fördert das gegenseitige Verständnis der Professionen. Meine Arbeit macht mir wieder Spaß. Ich fühle mich als Sozialarbeiterin im Krankenhaus wieder ernst genommen.
Die meiste Zeit des Tages verbringe ich in Beratungsgesprächen mit Patienten und nicht mit aufwendigen ‚Papierkram'.
Ich bin jetzt wieder gerne Kliniksozialarbeiterin.

10 Schlussworte

Nach der intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema „Software-Einsatz im Sozialdienst des Krankenhauses" habe ich das Gefühl, nur einen Bruchteil der möglichen Kapazitäten einer Computersoftware und den Medien Intranet sowie Internet berücksichtigt zu haben. Es ist schwierig alle Facetten des Software-Einsatzes im Blick zu haben, besonders wenn man auf diesen Gebiet relativ unerfahren ist und es kaum etwas schriftlich Niedergelegtes über dieses spezielle Thema gibt.

Die Ausführungen in meiner Arbeit haben deutlich gezeigt, dass es für den Sozialdienst zahlreiche Nutzungsmöglichkeiten für eine Fachsoftware gibt, die den Sozialarbeiter in seinem Berufsalltag bei der Bewältigung von Verwaltungsarbeit sowie der Kommunikation mit den Kooperationspartnern sinnvoll und effizient unterstützen kann.

Bei der Funktionsbeschreibung einer Software ist es mir wichtig gewesen, realistische Möglichkeiten, die umsetzbar und nicht allzu visionär sind, darzustellen. Alle benannten Funktionen ließen sich aus heutiger Sicht ohne weiters verwirklichen bzw. sind schon teilweise für Software-Lösungen anderer Arbeitsgebiete der Sozialen Arbeit Realität.

Die Auseinandersetzung mit Lexsoft Sozialdienst lässt die Schlussfolgerung zu, dass bei weitem noch nicht alle Kapazitäten ausgeschöpft sind. Im Vergleich zu anderen Programmen für andere Bereiche der Sozialen Arbeit wirkt dieses Programm sehr einfach und wenig innovativ. Es ist eher für die reine elektronische Datenverarbeitung gemacht. Das an dieser Stelle unbedingt eine Weiterentwicklung erfolgen muss, wurde schon im 9. Kapitel betont.

Die Diplomarbeit hat die technische Seite nahezu vollständig unbearbeitet gelassen, weil auch der technisch ungebildete Sozialarbeiter die Chance bekommen

sollte, den Ausführungen folgen zukönnen. Es gibt Sozialarbeiter und Programmierer. Die einen sind Fachleute für die Soziale Arbeit und die anderen schreiben Computerprogramme. Damit das zu entwickelnde Programm zum Arbeitsgebiet passt, müssen beide Berufsgruppen sich zusammen setzen und Verständnis für einander entwickeln. Dies gelingt natürlich am besten, wenn beide Seiten wissen, was der andere tut.
Ich bin mir bewusst, mit meinen Ausführungen jeden Leser enttäuscht zu haben, der erwartet, hier ein komplettes Lösungskonzept für eine Software zu finden. Ich verstehe meine Arbeit eher als einen kleinen Schritt, der aufmerksam darauf macht, dass bestehende Software-Modelle überdacht werden müssen. Außerdem möchte ich Kliniksozialarbeiter anregen, sich überhaupt mit der Thematik zu beschäftigen und zu verstehen, dass sie unweigerlich gezwungen sind, sich damit auseinander zu setzen. Man muss nicht frustriert in Arbeitsabläufen verharren, wenn es Alternativen gibt, die einen die Aufgaben erleichtern können.

In dieser Diplom-Arbeit ging es nie darum, ob Software im Sozialdienst des Krankenhauses eingesetzt werden muss. Von Anfang an war klar, dass es ohne Software eigentlich gar nicht geht, auch wenn man das in der Praxis teilweise anders sehen mag. Die Frage lautete eigentlich, wie eine solche Software beschaffen sein muss, um das professionelle Anliegen der Kliniksozialarbeit auch in Zukunft zu wahren. Der Kliniksozialarbeiter soll nicht mehr Zeit mit der Aktenverwaltung verbringen als es unbedingt notwendig ist. Ein genau auf die Bedürfnisse der Kliniksozialarbeit angepasstes Programm kann Zeit für das Wesentliche (für die Beratungsarbeit) ermöglichen.

ANHANGSVERZEICHNIS

Anhang 1 § 112 SGB V 138
Anhang 2 § 11 LKHG M-V 139
Anhang 3 Broschüre: Lexsoft Sozialdienst 140
Anhang 4 Tabellenverzeichnis 144
Anhang 5 Abbildungsverzeichnis 145

§ 112 SGB V

Zweiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen über Krankenhausbehandlung

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, daß Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

(2) Die Verträge regeln insbesondere
1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der
a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,
b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen,
2. die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Kataloges von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können,
3. Verfahrens- und Prüfungsgrundsätze für Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen,
4. die soziale Betreuung und Beratung der Versicherten im Krankenhaus,
5. den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege,
6. das Nähere über Voraussetzungen, Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27a Abs. 1.
Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich.

(3) Kommt ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31. Dezember 1989 ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 114 festgesetzt.

(4) Die Verträge nach Absatz 1 können von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden. Satz 1 gilt entsprechend für die von der Landesschiedsstelle nach Absatz 3 getroffenen Regelungen. Diese können auch ohne Kündigung jederzeit durch einen Vertrag nach Absatz 1 ersetzt werden.

(5) Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam sollen Rahmenempfehlungen zum Inhalt der Verträge nach Absatz 1 abgeben.

(6) Beim Abschluß der Verträge nach Absatz 1 und bei Abgabe der Empfehlungen nach Absatz 5 sind, soweit darin Regelungen nach Absatz 2 Nr. 5 getroffen werden, die Spitzenorganisationen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu beteiligen.

Landeskrankenhausgesetz für das Land Mecklenburg-Vorpommern
(Landeskrankenhausgesetz - LKHG M-V)
In der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2002.
(GVOBl. M-V S. 262), seit dem 18. April geltende Fassung
GS Meckl.-Vorp. Gl. Nr. 212 - 1

§ 11 Soziale Betreuung

(1) Das Krankenhaus stellt die soziale Beratung und Betreuung der Patienten durch geeignete Fachkräfte sicher (Sozialdienst im Krankenhaus).

(2) Der Sozialdienst hat die Aufgabe, Patienten auf deren Wunsch in sozialen Fragen zu beraten und ihnen persönliche Hilfe anzubieten und zu gewähren, sie bei der Inanspruchnahme von Sozialhilfeleistungen, bei der Nachsorge und der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen zu unterstützen und damit die ärztliche und pflegerische Versorgung im Krankenhaus zu ergänzen. Der Sozialdienst wird vorsorglich tätig bei offenkundiger Hilflosigkeit oder mangelnder Einsichtsfähigkeit der Patienten.

(3) Den Religionsgemeinschaften ist Gelegenheit zu geben, Patienten auf deren Wunsch im Krankenhaus seelsorgerisch zu betreuen.

(4) Sterbende Patienten haben in besonderem Maße einen Anspruch auf eine ihrer Würde entsprechende Behandlung. Sofern sie und ihre Angehörigen wünschen, dass die Behandlung und Pflege zu Hause durchgeführt werden, soll das Krankenhaus sie entlassen. Eine notwendige Betreuung durch ambulante Dienste ist gegebenenfalls zu vermitteln.

LexisNexis™

LEXsoft
von LexisNexis

LEXsoft Sozialdienst

Elektronische Aktenverwaltung für
die Sozialdienste im Gesundheitswesen

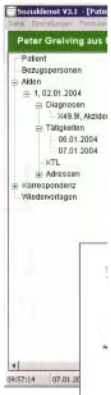
Alles auf einer CD-ROM:

- Aktenverwaltung und Adresskartei
- Formulare und Musterbriefe
- Statistische Auswertung
- Wiedervorlagesystem
- Darstellung von Krankheitsbildern
- Sozialrechtsdatenbank
- Datenschutz mit individuellem Passwortsystem

DVSG

entwickelt in Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG)

LEX SOFT
von LexisNexis



LEXsoft Sozialdienst
– zeitsparende Aktenführung im Bereich klinischer Sozialarbeit

Individuelle psycho-soziale Beratung und Begleitung von kranken Menschen braucht Zeit – gerade auch im Sozialdienst. Ob Vermittlung einer Anschluss-Heilbehandlung, Beratung in versicherungsrechtlichen Fragen, Versorgung eines Patienten mit therapeutischen Hilfsmitteln oder Begleitung in schwierigen Lebenssituationen, die durch Krankheit bedingt sind – immer gilt es, sich voll und ganz auf den Patienten einzustellen.

LEXsoft Sozialdienst, die elektronische Aktenverwaltung, unterstützt Sie hierbei. Sie verwaltet die Patienten-Stammdaten, hält eine umfassende Sammlung von Formularen, wie Aufnahme-Antrag, Ärztliche Verordnung, Patienten-Stammblatt oder einen Vordruck zur Kostenübernahme gem. § 40 II SGB V vor, speichert alle Adressen, die Sie für Ihre tägliche Praxis brauchen, ermöglicht statistische Auswertungen gemäß Anforderungen der DVSG, liefert umfassende Rechtsgrundlagen, organisiert Ihre Terminplanung (Wiedervorlagesystem) und vieles andere mehr.

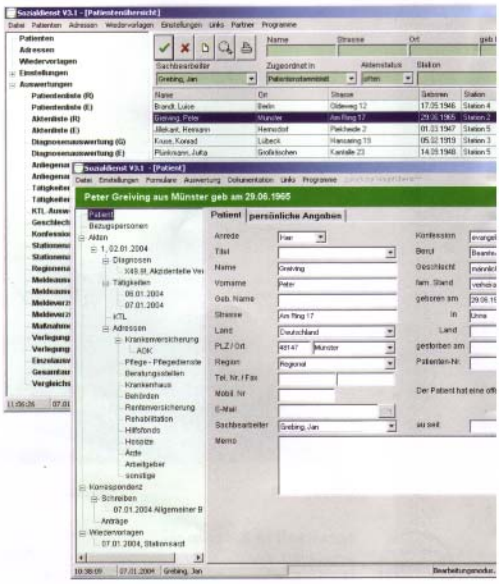
LEXsoft Sozialdienst ist in Zusammenarbeit mit Praktikern aus dem Bereich klinischer Sozialarbeit und der DVSG entwickelt worden. Damit ist das Programm eine speziell auf Ihre Arbeit im Krankenhaus-Sozialdienst zugeschnittene Praxishilfe.

Sie vereinfacht Ihre Aktenverwaltung, macht Arbeitsabläufe effizienter und eröffnet Ihnen die Zeit, die Sie brauchen, um sich individuell auf den Patienten einzustellen.

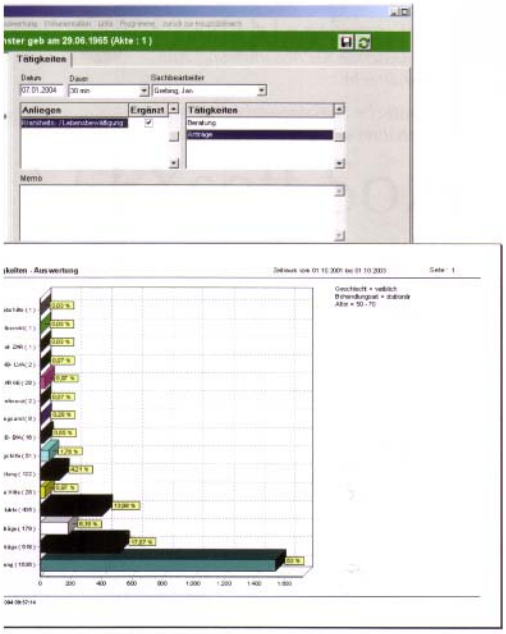
DVSG

Aktenverwaltung

LEXsoft Sozialdienst erledigt Ihre komplette Aktenverwaltung. Das Programm verzeichnet den gesamten Aktenverlauf von der Aufnahme bis zur Entlassung. Dabei können Sie sich Ihre angelegten Dokumente wie Memos, Anschreiben, Formulare, Anträge etc. anzeigen lassen. So haben Sie den schnellen Überblick über jede Akte – direkt an Ihrem PC, ohne lange in Aktenordnern zu suchen.



LEXsoft Sozialdienst im Internet: ***http://www.sozialdienst.org***



Statistische Auswertung

Auch im Krankenhaus-Sozialdienst bekommt Qualitätssicherung eine immer größere Bedeutung. Wie viele Anschluss-Heilbehandlungen habe ich vermittelt? Wo liegen die Schwerpunkte meiner Beratungstätigkeit? Wie viel Zeitaufwand pro Krankheitsbild ist im Durchschnitt notwendig? Auf diese Fragen wie auf viele andere mehr bekommen Sie in Sekundenschnelle eine Antwort. Ein Tastendruck, und Sie erhalten eine statistische Auswertung Ihrer Aktivitäten für den von Ihnen definierten Zeitraum. Ihre Vorteile: Sie machen Ihre Arbeit transparent, erhöhen die Planungssicherheit und sichern die Qualität Ihrer Tätigkeit. Verschiedene Statistikformate erlauben Ihnen die individuelle Weiterverwertung der Daten.

LEXsoft Sozialdienst beinhaltet Funktionen zur Dokumentation Ihrer Tätigkeiten und ermöglicht eine statistische Auswertung Ihrer Arbeit.

Ein Mausklick auf den gewünschten Patientennamen ...

... und die gesamte Falldokumentation erscheint.

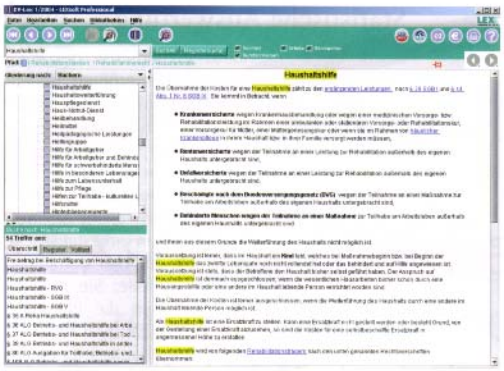
Adressen-Verwaltung

Mit LEXsoft Sozialdienst können Sie die Adressen aller Institutionen und Ansprechpartner, mit denen Ihr Sozialdienst täglich zusammenarbeitet, bequem und komfortabel verwalten. Geordnet nach Hausarzt, Rentenversicherung, Krankenkasse, Reha-Klinik, Berufsgenossenschaft o. Ä. lässt sich jede Adresse leicht wiederfinden und individuell jedem Dokument und jeder Patientenakte zuordnen. So haben Sie bei der Aktenbearbeitung Telefon-Nummer, Fax-Nummer, E-Mail-Adresse sowie die gesamte Anschrift und Ansprechpartner immer sofort parat.

Sozialrecht

Durch die Gesundheitsreform häufen sich rechtliche Fragestellungen. Mit LEXsoft Sozialdienst können Sie direkt auf aktuelles Sozialversicherungsrecht zugreifen. Von der Patientenakte, die Sie gerade bearbeiten, können Sie Fachinformationen und Gesetze (inklusive der kompletten SGB I-XII) im integrierten LEXsoft KV-LEX aufrufen. Geben Sie dort einfach ein Stichwort ein, wie zum Beispiel „häusliche Pflege", und sofort haben Sie Leistungsansprüche und Zuzahlungen parat.

Regelmäßige Aktualisierungen sorgen dafür, dass Sie immer auf dem neuesten Rechtsstand sind und jederzeit zuverlässig Auskunft geben können.



LEXsoft Sozialdienst bietet Ihnen eine umfassende Rechtssammlung zum Sozialrecht.

Sämtliche Sozialgesetzbücher sind enthalten und per Klick parat.

Ihre Vorteile mit LEXsoft Sozialdienst

- Leichte Bedienbarkeit.
- Schneller Zugriff auf den gesamten Inhalt aller Patientenakten. Das lange Suchen, Einordnen und Abheften in Aktenordnern entfällt.
- Sie haben alle Dokumente, die Sie in Ihrer täglichen Praxis benötigen, sofort zur Hand. Auf den Bildschirm aufrufen, bearbeiten, ausdrucken – fertig!
- Durch ein Wiedervorlagesystem können Sie Ihre Arbeit vorausschauend planen und sich nahezu ohne Übergabeanweisungen vertreten lassen.
- Die Adressen aller Institutionen, mit denen Sie täglich zu tun haben, lassen sich ins Programm aufnehmen und individuell jeder Akte zuordnen. So haben Sie bei der Aktenarbeit jeden Ansprechpartner sofort zur Hand.
- Sie haben alle Rechtsgrundlagen wie z.B. die kompletten SGB auf dem neuesten Stand abrufbar.
- Die statistische Auswertung Ihrer Tätigkeit sorgt für Transparenz und Planungssicherheit Ihrer Arbeit. Das händische Auszählen Ihrer Daten entfällt.
- Sie profitieren von deutlicher Entlastung bei der täglichen Büroarbeit.

Es besteht die Möglichkeit eines 4-Wochen-Gratis-Tests!

Systemvoraussetzungen:

Einzelplatz/Netzwerkclient:
Ihr aktueller Standard-PC genügt.
Wir empfehlen Computer ab PII Generation ab 64 MB RAM und mindestens 10 MB freier Speicherplatz auf der Festplatte.

Betriebssysteme: Win 98, Win ME, Win NT (ab SP6), Win 2000, Win XP
Softwarepaket: Word und Excel ab Version 97. Acrobat Reader 4.0 wird mitgeliefert

Server:
Wir empfehlen Computer ab PIII Generation ab 256 MB RAM und mindestens 500 MB freier Speicherplatz auf der Festplatte.

Betriebssysteme: Win NT/Win NT Server, Win2000/Win 2000 Server

Programmdokumentation und Schulungen:

Die gesamte Dokumentation liegt in elektronischer Form auf der CD-ROM vor. Einen praxisnahen und umfassenden Einstieg in das Programm bieten Ihnen unsere Schulungen, die wir vor Ort bei Ihnen durchführen.

Termine: Nach Vereinbarung
Kosten: Auf Anfrage

Ihr Ansprechpartner: Jan Grebing
Telefon: 0 25 33 / 93 00-336
Fax: 0 25 33 / 93 00-50
E-Mail: jan.grebing@lexisnexis.de

Einträge in die Partneranzeige sind über die DVSG, Kaiserstraße 42, 55116 Mainz, möglich.
Telefon: 0 61 31 / 22 24 22

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungen des Sozialdienstes 9

Tabelle 2: Anforderungen an den Kliniksozialarbeiter 11

Tabelle 3: Personelle Ausstattung 15

Tabelle 4: Professionsbedingte Unterschiede 28

Tabelle 5: Überblick über die Prozesse 76

Tabelle 6: Nutzertypen im Programm Lexsoft Sozialdienst 95

Tabelle 7: Beurteilung von Lexsoft Sozialdienst nach allgemeinen Qualitätskriterien 113

Tabelle 8: Bewertungsraster 118

Tabelle 9: Bewertung von Lexsoft Sozialdienst 125

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Krankenhauslandschaft in der BRD 6
Abbildung 2: Kontinuierliches Handlungsdilemma 18
Abbildung 3: Case-Management-Prozess 34
Abbildung 4: AHB-Einleitung nach DVSK-Standard (siehe 5.1.1) 46
Abbildung 5: Heimunterbringung nach DVSK-Standard (siehe 5.1.2) 52
Abbildung 6: AHB-Einleitung in der Praxis (siehe 5.2.1) 57
Abbildung 7: Heimunterbringung in der Praxis (siehe 5.2.2) 61
Abbildung 8: Schnittstellenvarianten 77
Abbildung 9: Bildschirmaufbau 88
Abbildung 10: Das Patientenstammblatt 89
Abbildung 11: Registrierkarte für Bezugspersonen 90
Abbildung 12: Aktendeckblatt 91
Abbildung 13: Diagnose-Suchfunktion 91
Abbildung 14: Diagnose als Tooltipp 92
Abbildung 15: Registrierkarte Tätigkeiten 92
Abbildung 16: Adresszuordnung 93
Abbildung 17: Adressverwaltung 94
Abbildung 18: Vorlagenverwaltung 95
Abbildung 19: Formularverzeichnis 96
Abbildung 20: Verwaltung externer Programme 96
Abbildung 21: Verwaltung der Links 97
Abbildung 22: Statistikmaske 98
Abbildung 23: Wiedervorlage-Funktion 99
Abbildung 24: Bildschirmmaske KV-Lex 100
Abbildung 25: Anlage eines neuen Patienten 106
Abbildung 26: Patientenstammblatt von Frau Beyer 106
Abbildung 27: Bezugspersonen von Frau Beyer 107
Abbildung 28: Aktendeckblatt von Frau Beyer 107
Abbildung 29: Diagnose von Frau Beyer 108
Abbildung 30: Tätigkeiten bei Frau Beyer 109
Abbildung 31: Ansprechpartner in der Akte von Frau Beyer 109
Abbildung 32: Wiedervorlagen 110

LITERATURVERZEICHNIS

Ansen, Harald/Gödecker-Geenen, Norbert/ Nau, Hans: Soziale Arbeit im Krankenhaus. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen Bd. 5. München 2004.

Ansen, Harald: Tätigkeitsprofil der Sozialarbeit im Krankenhaus. IN: Reinicke, Peter (Hrsg.): Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg 2001, S. 63-69.

Bollinger, Heinrich/Hohl, Joachim: Sozialarbeiter und Ärzte im Krankenhaus. Frankfurt a.M., New York 1981.

Börtz, Ralf/Kurlemann, Ulrich: Einsatz der EDV und ihre Möglichkeiten in der Krankenhaussozialarbeit – oder: Wie alles mit LEXsoft Sozialdienst in der DVSK begann. IN: Reinicke, Peter (Hrsg.): Spoziale Arbeit Im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg im Breisgau 2001, S.91-97.

Carrigan: Social workers in medical settings. Who defines us? IN: Social work Health care, Nr. 4. 1978, S. 63-149.

Christmann, Martina: Strukturelle Bedingungen der Sozialarbeit im Krankenhaus. IN: DVSK (Hrsg.): Handlungskonzept für Sozialarbeit im Krankenhaus. Mainz 1996, S. 12-17.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Anhaltszahlen für Sozialarbeit in Akutkliniken. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 2. 2003a, S. 42-43.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Klinische Sozialarbeit in der medizinischen Rehabilitation. Ein Manual. Mainz 2003b.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Übersicht der Leistungen des Sozialdienstes. Mainz 2003c.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Produkt- und Leistungsbeschreibung des klinischen Sozialdienstes im Akutkrankenhaus. Mainz 2003d.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) Arbeitsgemeinschaft Sachsen: Auswertung Fragebogenaktion 2000. URL: http:// www.dvsk-sachsen.de/pdf/AuswertungUmfrage.pdf [Stand: Dezember 2004]

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): LEXsoft Sozialdienst / Datenübernahme aus EDV Krankenhaussystemen. Schnittstelle zu anderen EDV-Programmen: Notwendig? Erforderlich? Hilfreich? IN: DVSK (Hrsg.): Forum Krankenhaussozialarbeit Nr. 4. 2002, S. 25f.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) Arbeitsgemeinschaft Sachsen: Ergebnisse der Umfrage und Brief an das Sächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Familie. IN: DVSK (Hrsg.): Forum Krankenhaussozialarbeit Nr. 3. 2000a.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK): Bericht über die Sozialarbeit in Akutkrankenhäuser. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 3. 2000b, S. 4-5.

Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Podiumsdiskussion. Veränderungen in den Rahmenbedingungen. Handlungsspielräume für die Sozialarbeit. IN: Sonderdruck Sozialdienst im Krankenhaus. Nr. 1. 1996.

Düster, Christian: Krankenhaus-Informationssysteme (KIS). URL:http://www.lexitron.de/main.php?detail=true&eintrag=261 [Stand: Mai 2005]

Garms-Homolová, Vjenka/Schaeffer, Doris: Netzwerkförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. IN: Dewe, Bernd/Wohlfahrt, Norbert (Hrsg.): Netzwerkförderung und Soziale Arbeit. Bielefeld 1991.

Garms-Homolová, Vjenka/Schaeffer, Doris: Strukturprobleme sozialarbeiterischen Handelns im Krankenhaus. IN: Neue Praxis, Nr. 20. 1990, S. 111-124.

Geisler, Linus S.: Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Beitrag im Enquete-Abschlussbericht vom 14.05.2002

Germain, Carel B./Gitterman, Alex.: Praktische Sozialarbeit. Stuttgart 1999.

Gödecker-Geenen, Norbert: Vernetzungsarbeit ist unser täglich Brot. Krankenhaussozialdienst will mehr Steuerungsaufgaben übernehmen. IN: Krankenhaus Umschau, Nr. 12. 2001, S. 83-85.

Gödecker-Geenen, Norbert: Spezifische Kompetenzen der klinischen Sozialarbeit. 6. Tagung der Sozialarbeiter in Bad Berleburg (21.-22.09.2000) IN: Forum Krankenhaussozialarbeit, Nr. 4. 2000, S. 11-17.

Gödecker-Geenen, Norbert/Nau, Hans: Bericht über die Sozialarbeit in Akutkrankenhäusern.
URL: http://www.dvsk-sachsen.de/dvsk/l2h/node16.htm [Stand: Mai 2004] *(Online nicht mehr verfügbar)*

Hedtke-Becker, Astrid/Hoevels, Rosemarie/Schwab, Michael (Hrsg.): (Familien-) Medizin und Sozialarbeit – ein Kooperationsmodell. Hockenheim 2003, S. 22.

Herwig-Lempp, Johannes: Mach' keine Witze – Sozialarbeiter?! Über das Berufsfeld Soziale Arbeit. IN: Astrid, Camilla/Feifel, Thomas (Hrsg.): Schule – und dann? Tipps und Orientierungshilfen. Tübingen 2000. S. 103-113.

Hey, Georg : Perspektiven der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Personenbezogene Dienstleistung als habilitative Ressourcen. IN : Schriftenreihe : Gesundheit-Pflege-Soziale Arbeit. Bd. 10. Lage 2000.

Hillers, Uta: Diplomarbeit. Sozialpädagogische Netzwerkförderung und Krisenintervention im Krankenhaussozialdienst. Handlungskonzepte für die soziale Arbeit im Krankenhaus. Frankfurt a. Main 1994.

Hüpper, B./Slesina, W.: Sozialdienst im Krankenhaus – eine empirische Untersuchung. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 1. 2001, S. 88-92.

Imminger, Winfried: Der Sozialdienst im Krankenhaus. Eine Untersuchung an den Krankenhäusern in Ulm, Alb-Donau-Kreis und am Zentrum für Psychiatrie Bad Schussenried. Altenstadt/Iller 1998.

Jall, Hubert: Methodisches Arbeiten. In: Ganzheitliche Arbeit im Gesundheitswesen. S. 152ff. Frankfurt a. Main 1986.

Jung, Ulrich: Computernetzwerke und soziale Arbeit. Diplomarbeit, FH Passing. München 1996, zit. nach Poseck, Oliver: Der virtuelle Sozialarbeiter – Praxisleitfaden zum Internet für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen am Beispiel der Jugendverbandsarbeit. Diplomarbeit. Dortmund 1998.
URL: http://fhdo.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2002/7/pdf/virtuelle_sozialarbeit.pdf [Stand: Mai 2005]

Kaiser, Klaus: Ein EDV-Programm für die Krankenhaussozialdienste. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit, Nr. 1. 1998, S. 22f.

Katholischen Fachhochschule Nordrhein Westfalen (Hrsg.): Projektbericht. Krankenhaussozialarbeit am Klinikum Aachen. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit, Nr. 1. 1998, S. 35-36.

Keck-Staudt, Nicole: Interprofessionelle Kooperation von SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen im Allgemeinkrankenhaus. Zusammenfassung einer Diplomarbeit. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 2. 2000, S. 112-115.

Kreidenweis, Helmut: Sozialinformatik. Baden-Baden 2004.

Kreidenweis, Helmut: Die sonderbare Welt der Bits und Bytes in der Sozialen Arbeit. Die Rekonstruktion von Lebenswelten und sozialen Dienstleistungen in der Fachsoftware des 21. Jahrhunderts. Gastvorlesung an der Universität Siegen 2003.
URL: http://www.ki-consult.de/online-publik/siegen-03.pdf [Stand: März 2005]

Kreidenweis, Helmut: Fit for Future? Informationstechnologie zur Modernisierung Sozialer Arbeit nutzen. Referat auf der Fachtagung Soziale Arbeit Digital des Caritasverbandes für die Erzdiözese Freiburg. Rastatt 07.11.2001.
URL: http://www.ki-consult.de/online-publik/freiburg-01.htm [Stand: Mai 2005]

Kreidenweis, Helmut zit. nach Wiese, Gutheil: Die Informationstechnologie zur Modernisierung Sozialer Arbeit nutzen. Presse-Echo. IN: Social-Management. Nr. 4. 2001, S. 16-19.
URL: : http://www.ki-consult.de/socialmanagement-text.htm [Stand: Mai 2005]

Kreidenweis, Helmut: Soziale Arbeit in der virtuellen Informationsgesellschaft. Anfoderungen an Ausbildung und Praxis durch neue Formen der Information und Kommunikation per Internet. Referat auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGFE) – Sektion Sozialpädagogik. Universität Trier 28.05.1999.
URL: http://www.ki-consult.de/online-publik/trier-99.htm [Stand: Mai 2005]

Kunz, Gaby: Klinische Sozialarbeit im Spannungsfeld struktureller Veränderungen. IN: Kongressband. Von der Krankenhausfürsorge zur Klinischen Sozialarbeit. Mainz 2001.

Kurlemann, Ulrich: Klinische Sozialarbeit im System Krankenhaus. IN: Eiff v. W./Fenger H./Gillessen A. (Hrsg.): Der Krankenhausmanager. Praktisches Management für Krankenhäuser und Einrichtungen des Gesundheitswesens. Bd. 1. Berlin, Heidelberg 2003, S. 1-27.

Kurlemann, Ulrich/Kaiser, Klaus: Lexsoft-Sozialdienst: Eine unendliche Geschichte. Perspektiven von EDV in der Klinischen Sozialarbeit oder: Realistische Absprachen mit Programmiern. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit, Nr. 3-4. 2001, S. 77ff.

Kürten, Claudio: Texte zur Patientenwirklichkeit. München 1998.

Laue, Eckehard/Wewerka, Joachim: Über den Krankenhaus-Sozialdienst an einem deutschen Großklinikum – eine empirische Studie über den Krankenhaussozialdienst an der Medizinischen Hochschule Hannover. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Hannover 1982.

Lauer, Thomas: Internet – Kompendium. München 1998.

LexisNexis: Informationsbroschüre: LEXsoft Sozialdienst. Elektronische Aktenverwaltung für die Sozialdienste im Gesundheitswesen. [Stand: April 2005]

Metzger-Paratsch, Sibylle: Methoden der Sozialarbeit im Krankenhaus. IN: DVSK (Hrsg.): Handlungskonzept für Sozialarbeit im Krankenhaus. Mainz 1996, S. 18ff.

Metzger-Paratsch, Sibylle: Der unverwechselbare Anteil der Sozialen Arbeit im Krankenhaus. IN: Sozialdienst im Krankenhaus. Sonderdruck. Nr. 2. 1991.

Meyer, Jens: Fachlexikon der IT-Begriffe. Schnittstelle.
URL: http://www.lexitron.de/main.php?detail=true&eintrag=261
[Stand: Mai 2005a]

Meyer, Jens: Fachlexikon der IT-Begriffe. Intranet.
URL: http://www.lexitron.de/main.php?detail=true&eintrag=537
[Stand: Mai 2005b]

Möller, Wolfgang: Neue Wege in der Kliniksozialarbeit. Online-Reservierung von Reha-Betten.
URL: http://www.reha-portal.info/downloads/online_reservierung.pdf [Stand: Mai 2005]

Mutzeck, Wolfgang: Kooperative Beratung. Weinheim u. Basel 1999.

Nau, Hans: Casemanagement zur Anschlussrehabilitation.
URL : http://www.dvsk.org/download/csm_AHB.pdf [Stand: Mai 2004a]
(Online nicht mehr verfügbar)

Nau, Hans: Casemanagement zu Stationäre Hilfe bei Pflegebedürftigkeit.
URL : http://www.dvsk.org/download/csm_pflege.pdf [Stand: Mai 2004b]
(Online nicht mehr verfügbar)

Nau, Hans: Die Sozialarbeit im Krankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts – wohin führt der Weg? Referat vom 23.03.2000 Innsbruck, X. Bundestag der SozialarbeiterInnen im Krankenhaus. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 2. 2000, S. 11-17.

Nau, Hans: Bericht von der Vorstandssitzung 17. und 18. Oktober 1997 in Münster. IN: Forum Krankenhaussozialarbeit. Nr. 10-12. 1997, S. 10f.

Pauls, H. : Grundlegendes zu Klinischer Sozialarbeit.
URL : http://www.klinische-sozialarbeit.de [Stand: Juli 2004]

Raiff, N. R. 1999 zit. nach DGS (Fachgruppe Case Management der Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit): Definition Case Management.
URL: http://www.kompetenzagenturen.de/download/2520_mat_ib_cm-01_definitioncm.pdf [Stand: April 2005]

Reinicke, Peter: Soziale Arbeit im Krankenhaus. Vergangenheit und Zukunft. Freiburg 2001.

Reinicke, Peter: Krankenhaus. Sozialarbeiter als Partner in der Gesundheitsversorgung. Eine Einführung. Weinheim u.a. 1994.

Rhauda, D.: Sozialdienst im Krankenhaus im Spannungsfeld Arzt-Sozialarbeiter. IN: Der Sozialarbeiter. Nr. 1. 1976, S. 1-3.

Saaro, Helmut: Internet. Kompakt. Komplett. Kompetent. Haar bei München 1999.

Sannwald, Edwin: Gesellschaftlicher Kontext von Sozialarbeit im Krankenhaus. IN: DVSK (Hrsg.): Handlungskonzept für Sozialarbeit im Krankenhaus. Mainz 1996, S. 5-11.

M. Schommers: Sozialarbeit im Akutkrankenhaus des somatischen Versorgungsbereiches unter dem Gesichtspunkt der Professionalisierung. Diplomarbeit. KFH Aachen.

Schwarzer, Wolfgang (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialmedizin für Sozialarbeit, Sozial- und Heilpädagogen. Dortmund 2002.

Seelhorst, Ursula: Wie effektiv ist Sozialarbeit im Krankenhaus? Studie zur Ergebnisqualität Klinischer Sozialarbeit. IN: Krankenhaus Umschau. Nr. 11. 2003, S. 23ff.

Simon, Olaf: IRC-Fibel.
URL: http://www.ircfibel.de [Stand: Mai 2005]

Stahlmann, Günther zit. nach Kreidenweis, Helmut: Soziale Arbeit in der virtuellen Informationsgesellschaft. Anfoderungen an Ausbildung und Praxis durch neue Formen der Information und Kommunikation per Internet. Referat auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGFE) – Sektion Sozialpädagogik. Universität Trier 28.05.1999, S. 1.
URL: http://www.ki-consult.de/online-publik/trier-99.htm [Stand: Mai 2005]

Statistisches Bundesamt: Weiterer Anstieg der Lebenserwartung. Pressemitteilung vom 17. November 2004.
URL:http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p4860022.htm
[Stand: April 2005]

Staub, Cornelia: Lebenslagen und Gesundheit. Hilfen durch soziale Arbeit. In: Oppl, Hubert/Weber-Falkensammer, Hartmut (Hrsg.): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Internationaler Vergleich, Organisation, Perspektiven. Bd. 1. Frankfurt a. Main 1986.

Tauch, Jürgen G.: Personalbedarfsermittlung im Krankenhaus. Personalbedarfsermittlung im DRG-Zeitalter – Studienbuch. Gütersloher Organisationsberatung. Gütersloh 1998-2000. zit. nach Deutsche Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus (DVSK) (Hrsg.): Mitgliederinformation. Empfehlung der DVSK – Anhaltszahlen für die Sozialarbeit in Akutkliniken. 19.02.2003, S. 1.

Thierau, Dietrich: Die Rolle von Sozialarbeit in geriatrischen Kliniken – Eine sozialempirische Untersuchung an geriatrischen Kliniken. Aachen 1997.

Trill, Roland (Hrsg.): Informationstechnologie im Krankenhaus. Strategien. Auswahl. Einsatz. Neuwied u.a. 2002.

Viefhues, Herbert/Nielsens, Hans-Gerhard/Kerksen-Nielsens, Ursula (Hrsg.): Soziale Dienste im Krankenhaus. Stuttgart u.a. 1986.

Viefhues, Herbert: Die heutige Praxis der Sozialarbeit im Krankenhaus. Ergebnisse empirischer Erhebungen und allgemeine Reflexionen. IN: Sonderdruck Sozialdienst im Krankenhaus. Nr. 1. 1985.

Viefhues, Herbert: Kooperation und Konflikt. Bemerkung zum Verhältnis des Krankenhausarztes und des Krankenhaussozialarbeiters. IN: Mehs, Margret/Glatzel, Johann: Sozialdienst im Krankenhaus. Freiburg i. Breisgau 1978, S. 64-73.

Weis, Ilse: Rolle der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Zukunft. IN: 15. Fortbildungsveranstaltung der Landesarbeitsgemeinschaft Baden-Württemberg. Vernetzung statt Grabenkämpfe! Neue Strategien der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Stuttgart 21.05.2003.

Wendt,Wolf R.: Klinische Kompetenzen Sozialer Arbeit und die Zwänge der Ökonomie. IN: Dokumentation Fachtagung „Soziale Arbeit – professionell – ökonomisch – sozial?“ Universitätsklinik Münster 1999, S. 18ff.

Wikimedia Foundation Inc. (Hrsg.): WIKIPEDIA. Die freie Enzyklopädie.
URL: http://de.wikipedia.org/ [Stand: Mai 2005]

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorstehende Diplomarbeit selbstständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und sowohl wörtliche, als auch sinngemäß entlehnte Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Neubrandenburg, 06.07.2005